24.4.57

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES FEMMES

DU MÊME AUTEUR :

ON THE THEORY AND PRACTICE OF MIDWIFERY, fourth edition, corrected and enlarged. Dublin, in-8, avec 119 figures.

THE DISEASES OF CHILDREN, second edition revised and enlarged. Dublin, in-8.

A MANUAL FOR MIDWIVES AND NURSES. Dublin, in-8.

CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, fondée sur un grand nombre d'observations cliniques, atlas de 41 planches in-folio, gravées et coloriées, représentant les principales altérations morbides des organes génitaux de la femme, et *servant de complément à tous les Traités des maladies des femmes*, par madame veuve Boivin, docteur en médecine, sage-femme surveillante en chef de la Maison de santé, et par A. Ducès, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine, etc. Paris, 1866, in-folio, avec 41 planches..... 45 fr.

Corbeil, typ. et stér. de Crété fils.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES FEMMES

HORS L'ÉTAT DE GROSSESSE

PENDANT LA GROSSESSE ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT

PAR

FLEETWOOD CHURCHILL

PROFESSEUR D'ACCOUCHEMENTS, DE MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS
à King's and Queen's College of Physicians, à Dublin, etc.

TRADUIT DE L'ANGLAIS

Par les docteurs WIELAND et DUBRISAY

Deuxième Édition, revue corrigée

ET CONTENANT L'EXPOSÉ DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS LES PLUS RÉCENTS

Par le Dr A. LE BLOND

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE
MÉDECIN ADJOINT DES PRISONS DE LA SEINE

Avec **337** figures intercalées dans le texte.

PARIS

LIBRAIRIE J. B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard St-Germain

1874

Tous droits réservés

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/traitpratiqued00chur

15, Stephens Green, Dublin
December 20 1865.

Gentlemen,

I feel it a very high compliment to have a work of mine translated into French, and so far as I cand judge, done in such an admirable manner.

In think you have materially added to its value by your notes, additions and plates. If I live to publish another English edition, I hope to improve it, and I shall take great advantage with the French edition.

Excuse me that I write in English, but it is so many years since I was in Paris, that I feel my French would not be intelligible.

I pray you to receive my warm thanks and to believe me with the highest consideration.

Your obedient servant,

Fleetwood CHURCHILL.

PRÉFACE DE LA DEUXIÈME ÉDITION

Je n'entreprendrai pas de faire ici l'éloge du livre de M. Fleetwood Churchill (de Dublin) ; l'accueil qu'il a reçu est le plus sûr garant de la valeur de l'ouvrage.

La traduction française faite avec un talent remarquable par M. Wieland et M. Dubrisay, les additions et les figures qu'ils ont intercalées dans le texte ont contribué pour une grande part au succès et ont fait du livre de M. Fleetwood Churchill un excellent guide pour le médecin qui veut s'occuper spécialement de l'étude des maladies des femmes. Cette étude, à peine ébauchée il y a trente ans, a fait des progrès considérables depuis les importants travaux de Aran, Becquerel, Nonat, Bernutz, Courty, Huguier, Alph. Guérin, Raciborski, Gallard, Péan, Kœberlé, en France ; de Simpson, Baker-Brown, Spencer Wells, Bennett, West, Scanzoni, à l'étranger. M. Fleetwood Churchill et ses traducteurs ont su mettre à profit les travaux de tant de devanciers illustres.

Le *Traité des maladies des femmes* de M. Churchill est un livre aux allures classiques, aux divisions méthodiques, qui réunit dans son ensemble non-seulement les maladies de l'utérus et de ses annexes, mais encore tous les états morbides qui affectent d'une manière spéciale la femme hors de l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement ; il se recommandait d'ailleurs par un succès qui s'est continué pendant vingt ans et qui est attesté par cinq éditions anglaises. L'autorité du nom du professeur de King's and Queen's College, sa vaste érudition, et surtout son sens droit et pratique qui ne se dément jamais, étaient autant de garanties nouvelles.

En présentant le livre de M. Fleetwood Churchill aux médecins français, MM. Wieland et Dubrisay n'ont pas cru devoir se borner au rôle de traducteurs; ils ont pensé que, sans porter atteinte à l'originalité de l'œuvre, et tout en conservant à l'auteur la responsa-

bilité et le mérite de ses opinions personnelles, il leur serait permis de compléter ou de modifier quelques points de détail qui avaient pu échapper à ses investigations, ou qui avaient reçu un jour nouveau de travaux ultérieurs ; et ils se sont particulièrement attachés à mettre en lumière les études modernes des auteurs français et étrangers qui méritaient d'être portées à la connaissance du médecin et du chirurgien et qui pouvaient l'être utilement pour les besoins de la pratique.

De même, dans la seconde édition française, j'ai cru utile de refaire un certain nombre de chapitres, et d'ajouter quelques articles et quelques notes. Ces additions et ces changements étaient rendus nécessaires par suite des travaux publiés sur les maladies des femmes depuis peu d'années et qui ont jeté un jour nouveau sur quelques-unes d'entre elles (1).

J'ai mis à profit, dans ces additions et ces notes, les excellents conseils que m'ont donnés, pendant le cours de mon internat, mes maîtres des hôpitaux de Paris, MM. L. Labbé, U. Trélat et T. Gallard, et qui m'ont permis d'arriver à une connaissance approfondie de quelques-uns des points si délicats de la pathologie féminine.

Dans le PREMIER LIVRE, qui est consacré aux MALADIES DES FEMMES HORS L'ÉTAT DE LA GROSSESSE, l'auteur, après quelques considérations générales sur sa pathologie générale, les modifications anatomiques de l'utérus et de ses annexes, les causes, le diagnostic et le traitement des maladies des organes génitaux, divise le sujet en deux parties : *les maladies des organes génitaux externes et les maladies des organes génitaux internes.*

Dans la partie consacrée au diagnostic et au traitement des maladies utérines en général, la seconde édition française contient quelques détails nouveaux sur la façon dont on doit pratiquer le toucher, sur le cathétérisme utérin et sur les précautions qu'on doit prendre pour faire les injections intra-utérines ; ces détails ont été empruntés aux *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, de M. Gallard, et au *Traité de l'hystérométrie* d'Huguier.

Dans la *première partie* de ce premier livre qui traite des *mala-*

(1) On reconnaîtra les additions et les chapitres qui appartiennent à MM. Wieland et Dubrisay par la précaution qui a été prise de les intercaler entre deux crochets [ ]. Quant aux chapitres et aux additions qui m'appartiennent, elles sont placées entre quatre crochets || ||.

dies des grandes lèvres, de la vulve, du clitoris et de l'urèthre, Wieland et Dubrisay se sont servis des travaux de Huguier sur les appareils excréteurs des organes sexuels, et de M. Amb. Tardieu sur la leucorrhée infantile, pour faire d'importantes additions.

Dans cette partie, la seconde édition française renferme un certain nombre de notes qui, pour la plupart, ont été empruntées à M. Alph. Guérin.

Dans la *seconde partie*, l'auteur étudie *les maladies des organes génitaux internes* et traite successivement des maladies du vagin, de l'utérus, des trompes de Fallope et des ovaires. Les traducteurs ont ajouté dans cette partie des notes nombreuses résultant des travaux de Aran, James-Henry Bennett, Bernutz, Brouardel, J. Cruveilhier, Danyau, Depaul, Desgranges (de Lyon), Paul Dubois, Follin, Alph. Guérin, Huguier, Jobert de Lamballe, Nonat, Scanzoni, Valleix, Aug. Voisin, Boinet, Léopold Buys, Baker-Brown, Spencer Wells, Nélaton et Kœberlé. Les additions et les changements de la seconde édition ne sont pas moins nombreux. Je citerai particulièrement les additions sur l'absence du vagin, le cloisonnement du vagin, le vaginisme, la vaginite aiguë, l'hématocèle péri-utérine, l'aménorrhée, la menstruation supplémentaire, la dysménorrhée, la ménopause, la leucorrhée utérine, la congestion utérine, la physométrie, l'hydrométrie, les môles, les tumeurs fibreuses, les polypes, le cancer, le cancroïde végétant, le cancroïde ulcéreux, le prolapsus utérin, l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Je dois signaler le chapitre sur les métrorrhagies et ceux de la métrite, des ulcérations du col, de l'hypertrophie de l'utérus, qui ont été entièrement rédigés par moi.

Dans ces diverses additions j'ai surtout mis à contribution les travaux de Raciborski, Gallard, Visca, Alphonse Guérin, Donné, Bernutz, Storer, Courty, Mauriac, Hérard, West, Rouget, Sappey, Siredey, Marion Sims, Joulin, Nonat, Alf. Luton, Hardy, Béhier, Gubler, Hérard, Perroud, Constantin Paul, Brown-Séquard, Coutagne, Marrotte, Bartharez, Guyon, A. Guichard, Fontaine, Bird, Lucas Championnière, Hebra, Villemin, N. Guéneau de Mussy, A. Després, Huguier.

Dans le DEUXIÈME LIVRE, où l'auteur étudie les MALADIES DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE, et successivement les maladies des organes génitaux, ainsi que les désordres produits par irritation réflexe chez les femmes enceintes, nous citerons comme ayant été

analysés par les traducteurs, les travaux de Coste, Ch. Robin, Hélie (de Nantes), Wieland, sur les modifications anatomiques des organes sexuels; de Beale et Marcé, sur les modifications physiologiques et pathologiques que subissent l'urine et le système nerveux ; de Devilliers, Danyau, Paul Dubois et Stoltz, sur divers états morbides.

Dans la seconde édition française, ce deuxième livre a subi également quelques additions; bien que moins importantes que celles qui ont été faites dans le premier livre, elles ne méritent pas moins d'être signalées. Me servant des travaux de Kölliker, d'Andral et Gavarret, de Joulin, de Graily-Hewitt, de Notta, j'ai ajouté quelques détails nouveaux à l'étude de la muqueuse utérine, de la respiration, de la saignée, de l'hydrorrhée, de l'inflammation de l'utérus, des vomissements chez la femme enceinte. J'ai fait un article nouveau pour les végétations de la vulve et un autre pour la manie chez la femme enceinte. Dans ce dernier article, je me suis servi principalement des travaux de Marcé, de A. Tardieu, de Marc, de Georget, de Jory, de Leuret. J'ai de plus fait un chapitre spécial pour l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement, signalé par M. Guéniot.

Le troisième livre traite des maladies des femmes après l'accouchement, et en particulier de l'hygiène des nouvelles accouchées, des maladies des organes génitaux, des maladies fébriles, des maladies du sein, enfin des maladies du système nerveux et vasculaire. Nous devons signaler, comme ayant été l'objet de nombreuses additions, de la part de Wieland et Dubrisay, les questions suivantes : l'état du pouls d'après Marey et H. Blot; les tumeurs sanguines des lèvres d'après Perret; la rupture de l'utérus d'après A. Tardieu ; les fistules vésico-vaginales qui forment un chapitre entièrement nouveau, grâce aux descriptions et aux figures qu'ils ont empruntées aux recherches de Jobert (de Lamballe), Leroy (d'Étiolles), Michon, Simpson, G. Simon, Bozeman, Baker-Brown, Esmarck (de Kiel), Marion Sims, Riboli (de Turin), Verneuil, Follin, Dubrisay, Deroubaix (de Bruxelles), Chassaignac, Bouisson, Monteros, Duboué, etc.; la déchirure du périnée, qui leur a donné l'occasion de rapporter une observation inédite de M. Verneuil, et de citer les procédés de périnéoplastie de MM. Demarquay et Deroubaix; la *phlegmatia alba dolens*,

la folie, les maladies du sein, l'albuminurie, les convulsions et les paralysies puerpérales, chapitres importants pour lesquels ont été mis à contribution les travaux de Trousseau, Marcé, J. P. Falret, Velpeau, Imbert-Gourbeyre, Blot et Depaul.

Cette troisième partie de l'ouvrage a reçu des additions nombreuses. Parmi les questions auxquelles j'ai ajouté quelques notes, je citerai les modifications que subit l'utérus après l'accouchement, les lochies, le lait, la rupture de l'utérus, les fistules vésico-vaginales, la déchirure du périnée, les abcès du sein, l'éclampsie, les paralysies puerpérales, pour lesquels j'ai eu recours aux travaux de Robin, Kölliker, J. Jolly, Fourrier, E. Bourdon, Herrgott, Lannelongue, Bourgeot, Charpentier.

J'ai ajouté un chapitre pour les hémorrhagies puerpérales, et j'ai refait presque entièrement le chapitre de la fièvre puerpérale. Dans ce dernier, j'ai surtout mis à profit les communications faites à l'Académie de médecine par Guérard, Depaul, Beau, Piorry, Hervez de Chégoin, Trousseau, P. Dubois, Cruveilhier, Danyau, Cazeaux, Bouillaud, Velpeau, J. Guérin; les travaux de Gallard, Béhier, Dumontpallier, Billoir, Lorain, Charrier, Thierry, U. Trélat, D'Espine, J. Lucas Championnière, Desormeaux, Robert Lee, Bourdon, Bouchut, Voillemier, Duhamel, Verneuil, Onimus, Billroth, Fontaine, Hervieux, Lasserre.

Pour remplacer des descriptions minutieuses et souvent difficiles à suivre, nous avons, comme dans la première édition, ajouté un certain nombre de figures que nous avons fait dessiner d'après nature ou qui ont été prises aux meilleures sources.

Enfin, nous publions, en tête de la deuxième édition, la lettre de M. Fleetwood Churchill, dans laquelle il rend pleinement hommage au talent de ses savants traducteurs.

Paris, ce 15 septembre 1873.

A. Le Blond.

TABLE DES MATIÈRES

Lettre de l'auteur v
Préface des traducteurs VII
Table des matières XII

LIVRE PREMIER.

MALADIES DES FEMMES HORS L'ÉTAT DE GROSSESSE.

INTRODUCTION 1
ARTICLE PREMIER. Pathologie générale 1
§ 1. — Organes génitaux externes 1
§ 2. — Organes génitaux internes 3
I. — Vagin 3
II. — Utérus 3
III. — Trompes de Fallope 6
IV. — Ovaires 7
ART. II. Modifications anatomiques de l'utérus et de ses annexes 7
ART. III. Étiologie 11
ART. IV. Diagnostic 13
§ I. — Symptômes 13
§ II. — Examen avec la main à travers les parois ou direct avec le doigt 14
1° Toucher vaginal 14
2° Palpation abdominale 16
3° Toucher rectal 16
4° Toucher rectal et vaginal combinés 16
5° Sondes, dilatateurs, trocarts 17
§ III. — Examen au spéculum 22
I. Formes diverses de spéculums 27
II. Mode d'emploi 33
ART. V. Thérapeutique 34
§ 1. — Traitement général 34
§ 2. — Traitement local 35

PREMIÈRE PARTIE.

Maladies des organes génitaux externes.

SECTION PREMIÈRE. — Maladies des grandes lèvres 42
CHAPITRE PREMIER. — Inflammation phlegmoneuse des grandes lèvres 42
CHAP. II. — Tumeurs des lèvres 46
ARTICLE PREMIER. Tumeurs enkystées des lèvres 46
ART. II. Tumeurs aqueuses des grandes lèvres 50
ART. III. Tumeurs variqueuses des lèvres 52
ART. IV. Hypertrophie des lèvres 53
SECTION II. — Maladies de la vulve, du clitoris et de l'urèthre. 56
CHAPITRE PREMIER. — Tumeurs de la vulve 56
ARTICLE PREMIER. Tumeurs verruqueuses de la vulve. Végétations de la vulve 56
ART. II. Tumeurs fibro-cellulaires et lipomes de la vulve 59
CHAP. II. — PRURIT DE LA VULVE 62
CHAP. III. — INFLAMMATION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE LA VULVE 68
ARTICLE PREMIER. Leucorrhée infantile 69
ART. II. Inflammation de la vulve chez les adultes 77
CHAP. IV. — HYPERTROPHIE DU CLITORIS 82
CHAP. V. — TUMEURS DE L'ORIFICE DE L'URÈTHRE 86
ARTICLE PREMIER. Tumeurs vasculaires. Tumeurs érectiles 86
ART. II. Tumeurs encéphaloïdes et carcinomateuses 91
CHAP. VI. — URÉTHRITE, RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE, IRRITABILITÉ DE LA VESSIE 92
ARTICLE PREMIER. Uréthrite 92
ART. II. Rétrécissement de l'urèthre 95
ART. III. Irritabilité réflexe de la vessie 96
CHAP. VII. — CANCROIDE ET CANCER DE LA VULVE, LUPUS, ETC 99

Article premier. Ulcère rongeant de la vulve 99
Art. II. Cancer des grandes lèvres ou de la vulve 102

DEUXIÈME PARTIE.

Maladies des organes génitaux internes.

SECTION PREMIÈRE. — Maladies du vagin 105
CHAPITRE PREMIER. — Occlusion du vagin 105
Article premier. Persistance de l'hymen 105
Art. II. Imperforation congénitale de l'hymen 107
Art. III. Imperforations accidentelles de l'hymen 113
Art. IV. Imperforation du vagin 114
Art. V. Absence du vagin 124
Art. VI. Cloisonnement du vagin 131
Art. VII. Rétrécissement du vagin 132
Art. VIII. Occlusion accidentelle du vagin 134
CHAP. II. — Vaginisme 145
CHAP. III. — Vaginite, leucorrhée vaginale 151
Article premier. Leucorrhée vaginale aiguë, ou vaginite aiguë 151
Art. II. Leucorrhée vaginale chronique, ou vaginite chronique 156
CHAP. IV. — Épaississement du tissu cellulaire qui entoure l'urèthre. — État variqueux des tissus 161
CHAP. V. — Tumeurs enkystées du vagin, polypes du vagin 162
Article premier. Tumeurs enkystées du vagin 162
Art. II. Polypes du vagin 164
CHAP. VI. — Prolapsus du vagin 166
Article premier. Prolapsus de la paroi antérieure du vagin et de la vessie, ou, comme on dit généralement, prolapsus vésical, cystocèle vaginale 167
Art. II. Prolapsus de la paroi postérieure du vagin et du rectum, ou rectocèle vaginale 171
Art. III. Prolapsus du vagin, soit complet, soit partiel, sans déplacement de la vessie ou du rectum 173
CHAP. VII. — Inflammation du tissu cellulaire pelvien. — Abcès pelviens 174
Article premier. Abcès siégeant entre le rectum et le vagin et entre les feuillets des ligaments larges 175
Art. II. Abcès latéraux du pelvis. Abcès de la fosse iliaque 178
CHAP. VIII. — Hématocèle rétro-utérine, péri-utérine ou pelvienne 183
SECTION II. — Maladies de l'utérus 190
CHAPITRE PREMIER. — Occlusion de l'utérus 190
Article premier. Occlusion congénitale 190
Art. II. Occlusion acquise 192
CHAP. II. — Aménorrhée 209
Article premier. Aménorrhée proprement dite 211
1° Menstruation absente 211
A. Aménorrhée résultant de malformation congénitale 211
B. Aménorrhée simple 213
2° Aménorrhée par suppression. — Suppression des règles 223
A. Suppression brusque des règles 223
B. Suppression chronique de la menstruation 227
Art. II. Aménorrhée par rétention 229
CHAP. III. — Menstruation irrégulière 232
CHAP. IV. — Menstruation supplémentaire 233
CHAP. V. — Dysménorrhée. — Menstruation difficile ou douloureuse 238
Article premier. Dysménorrhée névralgique 239
Art. II. Dysménorrhée inflammatoire 246
Art. III. Dysménorrhée mécanique 255
CHAP. VI. — Métrorrhagie. — Menstruation excessive 259
CHAP. VII. — Ménopause 271
CHAP. VIII. — Leucorrhée utérine 277
CHAP. IX. — Congestion utérine 288
CHAP. X. — Métrite 295
Article premier. Métrite muqueuse aiguë et chronique 296
Art. II. Métrite parenchymenteuse aiguë 310
Art. III. Métrite chronique 316
CHAP. XI. — Ulcérations du col de l'utérus 337
Article premier. Ulcération d'origine inflammatoire 338

Art. II. Ulcérations syphilitiques 346
Art. III. Ulcérations cancéreuses 347
CHAP. XII. — Utérus irritable. Névralgie utérine 348
CHAP. XIII. — Physométrie. — Tympanite utérine 354
CHAP. XIV. — Hydrométrie. — Hydropisie utérine 357
CHAP. XV. — Môles 361
Article premier. Môles creuses 362
Art. II. Môles charnues 363
Art. III. Môles vésiculaires, ou hydatiformes 364
CHAP. XVI. — Hypertrophie de l'utérus 371
Article premier. Hypertrophie générale 371
Art. II. Hypertrophie sous-vaginale 373
Art. III. Hypertrophie sus-vaginale 378
CHAP. XVII. — Tumeurs fibreuses de l'utérus 386
Article premier. Tumeurs fibreuses non pédiculées 387
Art. II. Polypes 403
CHAP. XVIII. — Cancer de l'utérus 437
Article premier. Cancer vrai 441
Art. II. Excroissances en choux-fleurs. Cancroïde végétant 474
Art. III. Ulcère rongeant de l'utérus. Cancroïde ulcéreux 485
CHAP. XIX. — Tubercules de l'utérus 492
CHAP. XX. — Antéflexion et antéversion de l'utérus 502
CHAP. XXI. — Rétroflexion et rétroversion de l'utérus 513
Article premier. Rétroflexion en dehors de l'état de grossesse 516
Art. II. Rétroversion pendant la grossesse 524
CHAP. XXII. — Prolapsus de l'utérus 547
CHAP. XXIII. — Inversion de l'utérus 590
SECTION III. — Maladies des trompes de Fallope 619
CHAPITRE PREMIER. — Inflammation aigue des trompes 621
CHAP. II. — Inflammation chronique des trompes de Fallope 624
CHAP. III. — Abcès et gangrène des trompes de Fallope 627
CHAP. IV. — Oblitération des trompes de Fallope 628
CHAP. V. — Tumeurs fibreuses des trompes de Fallope 633
CHAP. VI. — Squirrhe, cancer et tubercules des trompes de Fallope 634
CHAP. VII. — Déplacements des trompes de Fallope 635
CHAP. VIII. — Ruptures des trompes de Fallope 635
SECTION IV. — Maladies des ovaires 636
CHAPITRE PREMIER. — Irritation ovarique. — Névralgie de l'ovaire 637
CHAP. II. — Inflammation des ovaires ou ovarite 642
CHAP. III. — Hydropisie enkystée de l'ovaire 653
CHAP. IV. — Tumeurs non malignes des ovaires 709
CHAP. V. — Altérations de nature maligne de l'ovaire 711
CHAP. VI. — Déplacements des ovaires 716
SECTION V. — Irritations réflexes. — Chlorose 720
CHAPITRE PREMIER. — Irritations réflexes par suite de désordres dans la menstruation et d'affections utérines 720
Article premier. Irritations qui semblent se rapporter aux troubles de la menstruation 720
Art. II. Irritations réflexes de la deuxième classe 722
CHAP. II. — Chlorose 724
ADDITIONS 731
Varicocèle de la grande lèvre 731
Tumeur de la grande lèvre 732
Absence du vagin 734
Kyste du vagin 738
Kyste du col de l'utérus 739

LIVRE II.

MALADIES DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE.

CHAPITRE PREMIER. — Modifications locales et constitutionnelles résultant de l'état de grossesse 741
Article premier. Modifications anatomiques des organes sexuels 741
Art. II. Modifications physiologiques et pathologiques 751
Art. III. Effets de la grossesse sur les maladies déjà existantes 759
CHAP. II. — Soins à donner à la femme enceinte 761

Article premier. Sympathies générales..... 762
Art. II. Irritation réflexe localisée..... 763

PREMIÈRE PARTIE.

Maladies des organes génitaux.

CHAPITRE PREMIER. — Œdème des grandes lèvres..... 767
CHAP. II. — Leucorrhée vaginale..... 769
CHAP. III. — Végétations..... 772
CHAP. IV. — Menstruation pendant la grossesse..... 773
CHAP. V. — Écoulement de liquide aqueux par le vagin. — Hydrorrhée.... 777
CHAP. VI. — Hydropisie de l'amnios..... 780
CHAP. VII. — Rhumatisme de l'utérus..... 788
CHAP. VIII. — Inflammation de l'utérus..... 795
CHAP. IX. — Allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement..... 804

DEUXIÈME PARTIE.

Désordres produits par irritation réflexe.

SECTION PREMIÈRE. — Désordres de l'appareil chylopoiétique..... 808
CHAPITRE PREMIER. — Mal de dents. — Salivation. — Appétit capricieux. 808
Article premier. Mal de dents..... 808
Art. II. Salivation..... 810
Art. III. Appétit capricieux ou dépravé..... 813
CHAP II. — Nausées et vomissements..... 815
CHAP. III. — Cardialgie. — Pyrosis. — Crampes de l'estomac et du duodénum. — Hématémèses..... 831
Article premier. Cardialgie. Pyrosis..... 831
Art. II. Crampes de l'estomac et du duodénum..... 833
Art. III. Hématémèse ou vomissement de sang..... 834
CHAP. IV. — Constipation. — Diarrhée..... 835
Article premier. Constipation..... 835
Art. II. Diarrhée..... 838
CHAP. V. — Ictère ou jaunisse..... 840
SECTION II. — Désordres de l'appareil circulatoire..... 844
CHAPITRE PREMIER. — Palpitations de cœur. — Syncopes..... 844
Article premier. Palpitations..... 844
Art. II. Syncopes..... 847
SECTION III. — Troubles du système respiratoire..... 849
CHAPITRE PREMIER. — Dyspnée..... 849
CHAP. II. — Toux..... 851
CHAP. III. — Hémoptysie ou crachement de sang..... 853
SECTION IV. — Désordres du système nerveux et des sens.... 855
CHAPITRE PREMIER. — Insomnie..... 855
CHAP. II. — Hypochondrie et manie..... 857
Article premier. Hypochondrie..... 857
Art. II. Manie..... 858
CHAP. III. — Céphalalgie..... 861
CHAP. IV. — Affections nerveuses des yeux et des oreilles..... 863
Article premier. Affections nerveuses des yeux..... 863
Art. II. Affections nerveuses des oreilles..... 864
SECTION V. — Désordres dans le système des glandes mammaires..... 865
CHAPITRE PREMIER. — Douleur dans les seins. — Mastodynie..... 865

TROISIÈME PARTIE.

Désordres par suite d'une pression mécanique ou de distension.

CHAPITRE PREMIER. — Hernie..... 868
CHAP. II. — Hémorrhoïdes..... 871
CHAP. III. — Spasme de l'urèthre. — Incontinence d'urine..... 874
Article premier. Spasme de l'urèthre..... 874
Art. II. Incontinence d'urine..... 875

CHAP. IV. — Dysurie, rétention d'urine..... 876
CHAP. V. — Crampes et douleurs irrégulières..... 878
CHAP. VI. — Varices..... 880
CHAP. VII. — Œdème, anasarque..... 882
CHAP. VIII. — Ascite, hydrothorax..... 885

LIVRE III.

MALADIES DES FEMMES APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

SECTION PREMIÈRE. — Hygiène des nouvelles accouchées. 888
CHAPITRE PREMIER. — De la convalescence après l'accouchement..... 888
Article premier. Système nerveux..... 889
Art. II. Système circulatoire et respiratoire..... 889
Art. III. Utérus, col utérin, vagin, téguments abdominaux..... 890
Art. IV. Lochies..... 900
Art. V. Peau, reins, intestins..... 902
Art. VI. Seins..... 902
CHAP. II. — Précautions a prendre pendant l'état puerpéral..... 904
Article premier. Système nerveux..... 904
Art. II. Système circulatoire..... 904
Art. III. Utérus et vagin..... 904
Art. IV. Lochies..... 905
Art. V. Reins, intestins..... 905
Art. VI. Seins..... 906
Art. VII. Nourriture..... 906
CHAP. III. — Anomalies qui peuvent se présenter pendant la convalescence. 907
Article premier. Système nerveux..... 907
Art. II. Système circulatoire..... 908
Art. III. Utérus, vagin..... 909
Art. IV. Lochies..... 911
Art. V. Vessie et urèthre..... 914
Art. VI. Seins..... 914
SECTION II. — Maladies de l'utérus et de ses annexes..... 915
CHAPITRE PREMIER. — Hémorrhagies puerpérales..... 915
Article premier. Hémorrhagies qui surviennent dans le cours de la grossesse et au moment de la délivrance..... 916
Art. II. Métrorrhagies après l'accouchement..... 923
A. Métrorrhagies qui surviennent aussitôt après la délivrance..... 923
B. Hémorrhagies consécutives ou des suites de couches..... 928
CHAP. II. — Tumeurs sanguines des lèvres..... 929
CHAP. III. Inflammation du vagin..... 945
CHAP. IV. — Rupture de l'utérus..... 947
CHAP. V. — Fistules vésico-vaginales..... 967
CHAP. VI. — Déchirure du périnée..... 1028
SECTION III. — Maladies fébriles..... 1059
CHAPITRE PREMIER. — Fièvre puerpérale..... 1059
CHAP. II. — Métrite puerpérale..... 1121
CHAP. III. — Phlegmatia dolens. — Phlébite crurale..... 1127
CHAP. IV. — Folie puerpérale..... 1141
CHAP. V. — Fièvre éphémère..... 1152
SECTION IV. — Maladies du sein..... 1155
CHAPITRE PREMIER. — Fissures et crevasses du mamelon..... 1155
CHAP. II. — Engorgement laiteux (poil)..... 1157
CHAP. III. — Inflammation et abcès du sein..... 1159
SECTION V. — Maladies du système nerveux et du système vasculaire..... 1165
CHAPITRE PREMIER. — Tétanos..... 1165
CHAP. II. — Convulsions..... 1173
Article premier. Convulsions hystériques..... 1173
Art. II. Convulsions épileptiques (Éclampsie puerpérale)..... 1175
Art. III. Convulsions apoplectiques..... 1195
CHAP. III. — Paralysie survenant pendant la grossesse ou après l'accouchement..... 1198
CHAP. IV. — Obstructions artérielles dans l'état puerpéral..... 1137
Table alphabétique..... 1137

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES FEMMES

LIVRE PREMIER

MALADIES DES FEMMES HORS L'ÉTAT DE GROSSESSE.

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre la description des maladies spéciales des organes génitaux de la femme, il est à propos de donner quelques notions préliminaires sur la pathologie générale, aussi bien que sur le diagnostic et le traitement de ces maladies.

ARTICLE PREMIER

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

§ I. — Organes génitaux externes.

Les organes génitaux externes présentent à étudier comme structure la peau, un tissu cellulaire assez lâche, une membrane muqueuse, des follicules muqueux et sébacés, et, tout à fait extérieurement, des poils.

La *peau* est fréquemment le siége de poussées d'eczéma, qui sont quelquefois très-tenaces.

Les *lèvres* sont sujettes à des inflammations qui se terminent soit par résolution, soit par abcès, soit enfin par ulcération. Cette inflammation peut être générale: elle peut être limitée à la glande vulvo-vaginale ou à quelques-uns des follicules muqueux. Chez les femmes enceintes, chez celles qui ont eu des enfants, les grandes lèvres sont souvent le siége de varices: pendant la grossesse elles peuvent devenir œdémateuses, et au

moment du travail, il arrive parfois, le cas est cependant rare, qu'un vaisseau se crève, et les parties sont alors distendues par un épanchement de sang considérable.

Les grandes lèvres peuvent encore être le siége de tumeurs enkystées ou de tumeurs fibreuses : parfois on y observe des tumeurs pédiculées, parfois encore des dégénérescences épithéliales ou cancéreuses.

La *vulve* présente souvent une forme d'inflammation bénigne qui constitue la maladie connue sous le nom de *leucorrhée des enfants :* chez les enfants d'une mauvaise constitution, chez celles qui vivent dans des endroits malsains et qui sont mal nourries, cette inflammation prend un caractère ulcéreux.

Les *petites lèvres*, placées à l'intérieur des grandes lèvres, subissent quelquefois une hypertrophie considérable : on a cité des cas dans lesquels le clitoris avait pris un énorme développement, soit par suite de l'hypertrophie des diverses parties qui le constituent, soit par la production de tissus nouveaux. Il est très-probable qu'il y a souvent, derrière ces développements anormaux, un principe syphilitique ; Parent-Duchâtelet (1) a prouvé que la prostitution ne suffit pas pour donner lieu à cet accroissement exagéré du clitoris.

L'*orifice de l'urèthre* est souvent le siége d'une tumeur vasculaire qui ressemble tout à fait à un follicule hypertrophié : les tumeurs de ce genre, sans avoir rien de cancéreux, sont sujettes à récidive ; elles ont généralement une base assez étroite, mais dans quelques cas elles occupent presque toute la circonférenee de l'orifice, elles peuvent même empiéter sur le canal de l'urèthre.

Le *tissu cellulaire* très-mince et la *membrane muqueuse* qui environnent l'urèthre, par suite de leurs rapports avec l'arcade du pubis au-dessous de laquelle ils s'étendent, peuvent souvent s'hypertrophier chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants ou chez celles qui se sont livrées avec excès aux rapprochements sexuels : et, ainsi que l'a démontré Clarke, cette hypertrophie devient une cause de douleurs. La membrane hymen, dans les cas où elle n'est pas détruite, peut acquérir une densité qui se rapproche de celle des tissus cartilagineux : si elle oblitère entièrement le vagin, il y a vice de conformation, et l'on devra diviser la membrane pour donner issue au flux menstruel.

La *membrane muqueuse des grandes lèvres* s'irrite quelquefois et même peut s'excorier par suite d'écoulements : l'inflammation qui en résulte produit une démangeaison très-vive ; elle peut s'étendre à la peau du périnée et gagner le sillon qui sépare les fesses. Plus profonde et plus prononcée, cette inflammation donne lieu à un abcès.

Les *lèvres de la vulve* et les *raphés du périnée* peuvent encore être plus ou moins endommagés dans le travail de l'accouchement.

(1) Parent-Duchatelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3e édition. Paris, 1857.

§ II. — Organes génitaux internes.

I. **Vagin.** — Le *vagin* présente aussi divers vices de conformation. Il est trop court ou rétréci : il est divisé dans toute sa longueur, ou bien il est fermé partiellement ou complétement soit à son orifice, soit sur un point plus élevé. Ces conformations vicieuses peuvent être congénitales ou bien elles sont le résultat d'une maladie ou d'une blessure accidentelle.

Les parois vaginales peuvent éprouver un relâchement tel, qu'il se produit une chute du vagin et en même temps un renversement de la vessie. En pareil cas, ainsi que l'a démontré Golding Bird (1), le cours de l'urine est complétement changé, une partie du liquide reste dans la vessie déplacée.

Le vagin est souvent le siége d'une inflammation soit aiguë, soit chronique, laquelle donne lieu à un écoulement acide au milieu duquel on retrouve des débris d'épithélium; souvent aussi il est le siége d'éruptions papuleuses, pustuleuses ou aphtheuses. Cette inflammation prend rarement le caractère ulcéreux, excepté cependant sur la partie de la muqueuse qui recouvre le col utérin.

A ce niveau, on voit souvent une érosion, plus rarement une véritable ulcération.

La membrane muqueuse, surtout au voisinage de l'orifice externe, présente parfois une sensibilité morbide qui rend toute espèce de contact insupportable, sans qu'il y ait cependant aucune apparence d'inflammation. Des productions de nature syphilitique ou cancéreuse se manifestent encore sur le vagin : on y rencontre rarement des végétations, excepté toutefois à l'orifice.

Une inflammation dont le point de départ est dans le vagin peut gagner le tissu cellulaire périphérique et donner lieu à un abcès entre le vagin et le rectum.

II. **Utérus.** — Les affections de l'*utérus* peuvent être divisées en deux classes : les maladies organiques et les maladies fonctionnelles.

Maladies fonctionnelles. — Ce sont des désordres de menstruation que l'on décrit sous les noms d'*aménorrhée*, de *dysménorrhée* et de *ménorrhagie*.

Ces états pathologiques, bien que distincts, ont un caractère commun, c'est d'être aussi éloignés les uns que les autres de l'état normal.

La menstruation peut être rare, irrégulière, elle peut manquer entièrement (qu'elle soit ou non remplacée par une leucorrhée utérine supplémentaire), elle peut enfin être excessive.

A ces divers troubles il faut encore ajouter les douleurs éprouvées par les malades. A l'état normal, la menstruation ne doit donner lieu à aucune souffrance ; mais, dès que les fonctions utérines sont troublées, il n'en est

(1) Golding Bird, *De l'urine*, trad. franç. Paris, 1861.

plus ainsi : tantôt les malades éprouvent un certain degré de malaise, tantôt c'est une vive douleur, et enfin au dernier degré ce sont des souffrances intolérables.

Les caractères du fluide excrété varient de même dans les divers cas. Normalement le sang des règles a la couleur du sang veineux, quelquefois seulement il est moins foncé. D'autres fois, au contraire, il est beaucoup plus noir et ressemble à du goudron ; sa densité est plus ou moins grande. Ce sang a toujours une odeur spéciale, parfois très-désagréable; à l'état de santé il ne se coagule pas; dans certaines formes de métrorrhagie, au contraire, les malades rendent des caillots. Chez les femmes bien portantes, les règles doivent revenir tous les vingt-huit jours et durer trois ou quatre jours; dès qu'il y a maladie, elles reviennent beaucoup plus souvent et durent plus longtemps.

L'examen du vagin révèle rarement des modifications importantes dans l'état anatomique de l'utérus. Les seuls changements que l'on rencontre sont : un accroissement de densité et de température des parties; le col est plus entr'ouvert, il est très-mou au toucher, surtout quand l'écoulement a été abondant.

Les désordres menstruels peuvent se présenter sous forme sthénique ou sous forme asthénique : la première forme est plus commune chez les jeunes femmes ; la seconde se rencontre chez les femmes dont l'appareil sexuel a déjà perdu de son activité. La constitution des malades imprime souvent un caractère spécial à ces troubles fonctionnels. La nature du liquide excrété paraît être d'une bien moins grande importance que la régularité dans l'accomplissement des fonctions; quelquefois, en effet, un écoulement anormal remplace la sécrétion naturelle, sans qu'il en résulte cependant un grand désordre dans la santé.

Quand ces troubles divers sont sans complication, il semble qu'ils n'entraînent pas forcément avec eux l'existence d'une maladie organique ; quelques-uns, du moins, se prolongent pendant des années et ne laissent après eux aucune lésion. Cependant nous avons de la peine à comprendre une action morbide sans un changement moléculaire quelconque : c'est sans doute l'imperfection de nos moyens de diagnostic qui limite ainsi nos connaissances; et, en réalité, ces désordres divers sont peut-être les premiers symptômes d'une maladie que l'on ne peut diagnostiquer qu'à un degré plus avancé. Nous pensons avoir décrit complétement diverses modifications de structure qui se produisent dans la matrice à la suite des métrorrhagies prolongées persistantes, et nous sommes porté à croire qu'une observation plus attentive pourrait encore faire découvrir d'autres modifications semblables en rapport avec les autres troubles fonctionnels dont nous avons parlé.

Les causes prochaines de ces désordres fonctionnels sont, dans beaucoup de cas, une maladie des ovaires, une altération générale du sang; d'autres fois un dérangement dans la circulation utérine, les grandes per-

turbations nerveuses, ou enfin une modification quelconque de la membrane muqueuse utérine.

Les symptômes locaux auxquels ces désordres fonctionnels donnent lieu, sont peu nombreux et souvent obscurs ; généralement, une douleur, ou tout au moins une gêne dans le bassin; cette douleur part de la partie inférieure de l'abdomen et gagne, comme une ceinture, la partie inférieure du dos ; quelquefois elle descend jusqu'aux cuisses; à l'occasion elle alterne avec des douleurs de tête.

Dans la dysménorrhée, la douleur est quelquefois excessivement vive. De temps en temps, par suite d'une action réflexe, les malades éprouvent aussi de l'irritation jusque dans la vessie et dans le rectum. La connaissance exacte des points d'origine des nerfs de l'utérus et de ses annexes ; d'autre part, une étude approfondie des propriétés réflexes des nerfs, cette découverte si importante de Marshall-Hall, feront comprendre tout à la fois l'absence de plusieurs symptômes locaux importants et la sympathie intime qui existe entre l'utérus et les divers organes.

Maladies organiques. — L'utérus est exposé à des inflammations qui portent soit sur la membrane muqueuse interne, soit sur la cavité du col ; sur le tissu propre du corps de l'utérus, sur le col seulement, ou enfin sur le col et le corps tout à la fois ; dans des circonstances particulières, ce sont les veines et les lymphatiques qui sont le siége de l'inflammation, et, en pareil cas, on retrouve les suites ordinaires de ces inflammations, c'est-à-dire l'induration, l'hypertrophie des tissus, le ramollissement, l'ulcération, les abcès et la gangrène.

Les veines et les lymphatiques peuvent être remplis de pus, et la cavité utérine peut être distendue par des gaz ou par des masses de tissus morbides désignés sous les noms d'*hydatides* ou de *môles*.

On rencontre aussi dans l'utérus diverses lésions de nutrition, dont le résultat le plus ordinaire est la formation de tumeurs fibreuses ou fibro-cellulaires. Ces tumeurs sont de consistance très-diverse : ou bien le tissu qui les compose est lâche, mou, presque granuleux, ou bien, au contraire, il est dense, serré, semi-cartilagineux, et peut même à l'occasion renfermer des portions de matière calcaire. Ces corps fibreux se produisent soit immédiatement au-dessous du feuillet péritonéal, soit au contraire sous la membrane muqueuse. Ces tumeurs, à leur point de départ, intéressent toujours plus ou moins le tissu musculaire dont quelquefois, du reste, elles ne diffèrent pas comme structure. En se développant, elles font saillie ou dans l'abdomen ou dans la cavité utérine et peuvent présenter la forme de polypes. Elles sont ordinairement très-peu vasculaires.

L'utérus est exposé à une formidable série d'affections malignes, telles que les fongus, les ulcérations et diverses autres affections organiques.

[[Il faut laisser de côté ces noms qui n'ont plus de signification en face des études histologiques modernes, et qui ont pour résultat de jeter la confusion dans l'esprit du lecteur. On comprendra avec les auteurs mo-

dernes (1) sous le nom de *cancer* toute maladie caractérisée par la double tendance : 1° à détruire le tissu de l'organe ; 2° à se reproduire sur place et à s'étendre à tous les organes voisins avec plus ou moins de rapidité ; quelles que soient d'ailleurs les affections qui président au développement de cette maladie ou les formes anatomiques qui la représentent.

On rencontre dans l'utérus les quatre variétés de cancer généralement admises, le squirrhe, l'encéphaloïde, le colloïde et le cancroïde ou cancer épithélial.]]

Le cancer peut se produire : 1° sur le col utérin tout seul, et peut-être, ainsi que l'a supposé Clarke, cette région est-elle dans la plupart des cas la première atteinte par suite du grand nombre de glandes sébacées dont elle est fournie ;

2° Le col reste instact, le corps de l'utérus est seul envahi ;

3° Le corps et le col sont attaqués à la fois ;

4° La maladie prend naissance dans le tissu cellulaire qui unit l'utérus aux organes voisins, ou bien dans les petites glandes qui se trouvent logées dans le tissu cellulaire.

L'utérus est enrore exposé à divers accidents, tels que la *rupture*, les *déplacements*, etc.

La rupture de l'utérus se produit le plus ordinairement au point de jonction du vagin avec le col utérin : elle est en général le résultat de l'étroitesse du détroit supérieur, en face de contractions utérines très-violentes pendant le travail. La rupture peut aussi se produire sur un point quelconque par suite d'une altération des tissus ; enfin elle peut se produire, comme chez les vieilles femmes, par suite d'une occlusion du col avec accumulation de mucus dans la cavité du corps, ou bien par l'effet d'un amincissement considérable sur un point quelconque des parois utérines, ainsi que cela se passe dans les cas d'abcès. On a également cité des observations de rupture partielle de l'utérus, soit du tissu séreux, soit seulement du tissu musculaire.

Les déplacements de l'utérus sont la conséquence d'une augmentation de poids de l'organe, d'un changement dans son axe, du relâchement de ses ligaments et parfois aussi d'un effort expulsif plus ou moins brusque. Suivant ces diverses conditions, les déplacements varient ; il y a inversion, rétroversion, antéversion et prolapsus de l'utérus.

III. **Trompes de Fallope.** — Les *trompes de Fallope* sont exposées aux mêmes modifications pathologiques que l'utérus ; toutefois celles que l'on observe le plus fréquemment sont :

1° L'oblitération complète ou partielle de leur canal ;

2° La distension de ce même conduit par une accumulation de matières séreuses, purulentes, sanguinolentes, tuberculeuses ou encéphaloïdes ;

3° L'adhérence de ces trompes à l'utérus, aux ovaires ou aux parois

(1) Courty, *Traité prat. des malad. de l'utérus*, 2e édition, 1872, page 993.

abdominales, ce qui permet, du reste, quelquefois aux matières accumulées dans les trompes de s'écouler au dehors.

IV. **Ovaires.** — Les *ovaires*, pendant toute la période d'activité sexuelle de la femme, sont exposés aux irritations, congestions, inflammations et aux conséquences forcées de ces accidents, c'est-à-dire, les abcès, les hydropysies, etc. De plus, on y trouve comme dans l'utérus, moins souvent cependant que dans cet organe, des tumeurs fibreuses et des tumeurs malignes.

Les ovaires se déplacent rarement, indépendamment de l'utérus, mais ils suivent ordinairement cet organe dans ses divers mouvements.

ARTICLE II

MODIFICATIONS ANATOMIQUES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

Pour bien saisir toutes ces diverses modifications pathologiques et les moments où elles se produisent, il est à propos de jeter un coup d'œil rapide sur les modifications anatomiques que subissent l'utérus et ses appendices, aux principales époques de la vie, et d'étudier à quelles maladies tel ou tel de ces changements peut disposer.

[[Mais tout d'abord il est utile de dire quelques mots de la muqueuse à l'état normal, afin de se rendre mieux compte de ses modifications soit à l'époque des règles, soit, pendant la grossesse, ou dans les divers états pathologiques.

La muqueuse du corps à l'état normal est légèrement rosée, lisse, pointillée, recouverte d'un épithélium à cils vibratiles qui repose sur un chorion de tissu conjonctif renfermant des vaisseaux, des nerfs et des glandes analogues aux glandes de Lieberkuhn, et dont les orifices forment le pointillé dont je viens de parler.

La muqueuse du col est blanche, ridée et plus dense; son épithélium est vibratile dans les deux tiers supérieurs, et pavimenteux plus bas; dans cette dernière partie, on trouve aussi un grand nombre de papilles non saillantes et surtout abondantes vers la partie externe du museau de tanche.

On trouve dans cette muqueuse du col deux espèces de glandes, les unes sont de simples follicules clos, les autres des glandes en grappe. Le liquide qu'elles sécrètent est épais, visqueux, gélatiniforme. Ce sont ces glandes qui sécrètent le bouchon gélatineux de la grossesse. Quelquefois elles s'oblitèrent et donnent naissance à des kystes désignés sous le nom d'œufs de Naboth. Quand ces kystes deviennent volumineux et se pédiculisent, ils forment les polypes folliculaires de l'utérus, décrits par M. Huguier.]]

Avant que la menstruation soit établie, l'utérus a une structure très-ferme : les vaisseaux et les nerfs qu'il renferme sont uniquement destinés

à la nutrition ; le tissu utérin est couleur de chair rosée, la membrane muqueuse est pâle. Les ovaires sont petits, pâles et non développés. Jusqu'à cette époque de la vie, les maladies des organes génitaux utérins sont extrêmement rares : on ne rencontre que des vices de conformation, ou des monstruosités par suite d'un défaut ou d'un excès de développement. Si, au contraire, on examine la matrice pendant une période menstruelle, on voit qu'il se produit dans cet organe un changement notable. Il augmente en volume, il devient mou et spongieux : les vaisseaux sont gonflés et donnent passage à une quantité plus grande de sang ; les nerfs sont plus faciles à découvrir. La membrane muqueuse est d'un rouge vif et recouverte de sang menstruel. Sans doute, entre deux époques menstruelles, ces divers phénomènes disparaissent en partie : mais les modifications importantes dans la structure persistent et laissent toujours une porte ouverte à un nouvel ordre de phénomènes pathologiques.

Une fois la menstruation établie, les femmes sont exposées à divers désordres fonctionnels, à des congestions locales qui, poussées à l'excès, donnent lieu à des pertes. La névralgie utérine, l'hystérie, la leucorrhée, les diverses inflammations avec leurs conséquences, peuvent aussi figurer sur la liste ; toutefois ce dernier accident est plus fréquent à un âge un peu plus avancé, ou après le mariage. Il faut aussi mentionner l'influence réflexe que l'établissement de la menstruation exercera sur les autres organes de l'économie, sur ceux même qui sont les plus éloignés : ainsi le cerveau, la moelle, l'estomac, les intestins, la vessie, le rectum, etc. Ces organes, soumis à des influences nouvelles et puissantes bien que passagères, sont par là même exposés à des accidents nouveaux qui peuvent se transformer en maladies.

Plus tard la conception et la grossesse viennent imprimer à la matrice une nouvelle modification.

La membrane muqueuse de la cavité utérine ne sécrète, à l'état de santé, qu'une très-petite quantité de liquide; pendant la grossesse elle devient beaucoup plus vasculaire, et ressent dans toutes ses fonctions un surcroît d'activité pour donner naissance à la membrane caduque; le tissu utérin perd sa densité spéciale ; l'entrelacement des fibres devient apparent ; les interstices fibrillaires augmentent considérablement afin de faire place aux vaisseaux sanguins, qui ont notablement augmenté en diamètre et qui donnent passage à une quantité beaucoup plus considérable de sang. Cette modification dans le volume des vaisseaux sanguins est surtout apparente au niveau du point d'implantation du placenta. Les veines et les vaisseaux lymphatiques se développent aussi en proportion. Les trompes de Fallope et les ovaires, principalement celui qui a laissé échapper l'ovule, deviennent plus vasculaires et plus volumineux.

[L'auteur, comme on le voit, à l'exemple d'un certain nombre d'accoucheurs distingués en Angleterre, n'a pas admis les résultats des beaux

travaux de M. Coste (1) en 1842 et considère encore la *decidua reflexa* comme un produit de sécrétion des glandes utérines. La muqueuse devient plus vasculaire, comme il le dit, et cette vascularité plus grande est certainement une des causes de l'épaississement qu'elle subit; mais il faut ajouter à cette cause l'hypertrophie que subissent les éléments fibro-plsatiques de cette membrane (ces éléments acquièrent environ le double de leur volume ordinaire); en outre, d'autres fibres se sont formées, les fibres de tissu cellulaire s'écartent par l'augmentation du tissu amorphe; enfin, à partir du quatrième mois de la grossesse, sous la muqueuse devenue la caduque, des éléments de nouvelles formations ont déjà préparé une nouvelle muqueuse.]

Les principaux désordres qui se produisent du côté de l'utérus pendant la grossesse, sont en rapport avec les conditions anatomiques de cet organe. Ce sont des troubles de la circulation, tels que des congestions, des hémorrhagies, des inflammations, etc., des douleurs névralgiques, des contractions spasmodiques des fibres.

Après l'accouchement, pendant la convalescence, ces accidents perdent naturellement de leur importance; mais la matrice est bien loin d'être dans le même état qu'avant la conception, et chaque nouvelle grossesse vient encore augmenter les changements. Les vaisseaux qui étaient tendus et allongés, deviennent tortueux; leurs parois restent plus épaisses et leur calibre plus considérable. Les nerfs, bien qu'ils ne soient plus aussi volumineux que pendant la grossesse, sont encore tortueux et d'un diamètre considérable. Le tissu lui-même ne reprend pas la même densité, si ce n'est longtemps après l'accouchement. Il n'est pas rare que le retour de l'utérus à sa dimension normale ne soit empêché par une cause quelconque, le plus souvent par un certain degré d'inflammation : cet état d'augmentation, qui peut se prolonger pendant longtemps, donne lieu à un certain nombre de symptômes tout mécaniques; il expose l'organe à des rechutes d'inflammation, et finalement il fait naître l'idée d'une hypertrophie antérieure.

Les maladies qui surviennent dans cette période, qui commence à la conception pour finir avec l'accouchement, répondent exactement aux diverses modifications anatomiques que nous venons de décrire. Il y a dans l'organe un surcroît d'activité fonctionnelle; le sang y afflue en quantité considérable; l'influence du système nerveux est très-puissante : aussi voyons-nous surgir plus souvent qu'en tout autre moment l'inflammation de la muqueuse utérine ou du tissu utérin. Dans les mêmes circonstances, ainsi qu'on devait s'y attendre, les hémorrhagies et les névralgies sont fréquentes.

[M. Fleetwood Churchill semble croire que pendant la grossesse les inflammations de la muqueuse et du tissu utérin soient plus fréquentes

(1) Coste, *Histoire du développement*. Paris, 1848.

qu'en aucun autre moment de la vie de la femme. Il serait plus vrai de dire que la métrite, quel qu'en soit le siége anatomique, est très-rare pendant la période qui s'écoule entre la conception et l'accouchement, après lequel, au contraire, l'utérus est dans les conditions les plus favorables au développement des phénomènes inflammatoires.]

Avant le mariage et pendant la première période de la grossesse, les ulcérations étendues et toutes les lésions de nutrition sont rares. Vers la fin de la période de conception, nous assistons au contraire à une transition graduée des maladies de la forme sthénique à la forme asthénique, transformation pathologique qui correspond parfaitement à la transformation anatomique qui se produit dans les organes.

Chez les femmes âgées, le système utérin subit de nouvelles modifications. Le calibre des vaisseaux et des nerfs diminue, et l'on trouve même parfois une altération des parois des vaisseaux. La membrane muqueuse de la cavité s'amincit et devient en général pâle. Le tissu de l'organe reprend à peu près sa consistance ferme, et même, au niveau du col, il devient en réalité semi-cartilagineux. La cavité du corps se rétrécit, le canal de communication entre cette cavité et le vagin s'oblitère presque entièrement ; sur beaucoup de sujets il disparaît entièrement. Le vagin et les ligaments de l'utérus, après avoir été si souvent distendus, deviennent flasques, et l'utérus est complétement mobile. Les ovaires s'atrophient, leur membrane d'enveloppe se replie sur elle-même, en sorte qu'ils semblent partagés en plusieurs lobes très-petits.

Concurremment avec ces changements, nous voyons les inflammations aiguës devenir de plus en plus rares, mais la dégénérescence des tissus devenir, au contraire, de plus en plus fréquente. Il y a des hémorrhagies, mais elles sont passives. A l'époque de la cessation des règles, les phénomènes pathologiques qui se produisent par suite d'une circulation irrégulière ou d'une perturbation dans l'influx nerveux, sont les lésions de nutrition et les affections de nature maligne. Dans les cas où le canal qui traverse le col utérin est oblitéré, une accumulation de mucus dans la cavité du corps peut aussi produire finalement une rupture de l'utérus. Enfin le relâchement des ligaments est une cause de prolapsus utérin.

Cette relation intime qui existe entre les diverses lésions et les modifications anatomiques que l'âge apporte, est assurément très-importante à étudier au point de vue pratique : on peut ainsi prévoir à quelles maladies chaque période de l'existence est exposée, et dès lors user par avance des moyens de traitement que l'expérience suggère pour prévenir ces maladies, ou tout au moins en atténuer la gravité.

Il est impossible de trop insister sur l'influence que les maladies de la matrice ou des ovaires exercent sur la santé générale. En fait, on peut dire que, chez les femmes, le système utérin, pendant sa période d'activité, est le véritable centre de la vie. L'accomplissement régulier de ces fonctions fortifie sans aucun doute la santé générale des individus ; mais il est

aussi très-positif que le moindre trouble dans ces fonctions, arrivant à l'âge où elles sont dans toute leur activité, devient on ne peut plus nuisible, et qu'il existe la sympathie la plus intime entre la matrice et toutes les parties de l'organisme : l'appareil digestif, l'appareil circulatoire, le système nerveux, etc.

D'autre part, il est aussi absolument nécessaire d'étudier les effets des maladies générales sur les affections utérines ; il faut en effet se mettre en garde contre une tendance dangereuse, celle de considérer ces affections comme purement locales, et de ne chercher à les combattre que par un traitement également local. Les maladies chroniques de l'estomac, celles du foie ou des intestins, une maladie quelconque déjà ancienne, un affaiblissement général, peuvent assurément faire naître des maladies de l'utérus, aussi bien que les conditions générales, la pléthore et l'excès de nutrition. Nous devrons donc toujours, dans notre traitement, chercher à relever la santé générale, en même temps que nous nous occuperons des désordres locaux.

ARTICLE III

ÉTIOLOGIE.

Les causes des affections utérines sont :

1° Des causes générales, telles que le froid, les épidémies, les troubles des fonctions digestives, qui agissent en ce cas comme elles le font sur tout autre organe;

2° Des causes spéciales, qui tiennent à la nature même et aux fonctions des organes; ainsi la grossesse et la parturition ;

3° Des lésions résultant de l'exercice immodéré ou même parfois le plus modéré de certaines fonctions ; ainsi des maladies du vagin ou du col de l'utérus, par suite d'un coït excessif ou incomplétement accompli, etc. Quelques mots d'explication sont nécessaires, non pas seulement à cause de l'influence très-grande que ces dernières causes exercent, mais aussi parce que les médecins sont peu à même de s'instruire sur ce point, jusqu'à ce que leur âge inspire une confiance sans réserve. Je fais ici allusion aux effets produits, d'une part, par l'abus du coït, et, d'autre part, par l'accomplissement incomplet de cet acte.

Parlons d'abord des *rapprochements sexuels trop souvent répétés.*

Sans aucun doute, l'accomplissement de cette fonction est pour les deux sexes une condition de bonne santé ; mais, comme il arrive pour les autres appétits, tout excès devient nuisible. Ce que j'ai à dire s'applique assurément à tout le monde et à toutes les conditions ; cependant j'ai surtout en vue les personnes mariées. J'ai bien des fois observé que, rassurées sur leurs actes au point de vue moral, les personnes mariées semblent oublier totalement que leurs excès peuvent avoir de graves conséquences physiques. Les suites funestes se manifestent très-vite et portent aussi bien sur

les fonctions physiques que sur les fonctions intellectuelles. Je suis convaincu que, dans un grand nombre de cas, la phthisie a pour point de départ l'épuisement produit par le coït. La femme éprouve un sentiment général de faiblesse; elle devient languissante au moral comme au physique ; elle est hors d'état d'appliquer son esprit à rien de sérieux : son visage est pâle, son regard morne, ses yeux éteints. Localement, les fonctions menstruelles tendent à se déranger : des aménorrhées, des dysménorrhées, et plus souvent des métrorrhagies, sont les symptômes de cette perturbation. Dans d'autres cas, on voit le col s'hypertrophier, puis s'enflammer, et enfin s'ulcérer. D'autres fois encore, c'est une vaginite aiguë ou chronique qui se produit. Il est très-sûr que, dans beaucoup de cas, les sujets eux-mêmes se trouvent arrêtés par la douleur que causent les rapprochements sexuels; mais il y a des cas où l'on ne ressent aucune douleur et dans lesquels cependant la continuation du coït est une cause sérieuse d'aggravation. Le médecin doit alors intervenir, et il ne trouvera pas son rôle difficile à remplir, s'il n'agit que par conscience et devoir.

Le *coït incomplet, inefficace*, n'a presque jamais été considéré comme une cause de maladie ; pour ma part, je suis cependant sûr qu'il en est ainsi très-souvent. Supposez, en effet, tout l'appareil génital en pleine excitation ; il est facile de comprendre que la non-satisfaction de ces organes excités doit forcément amener une perturbation dans tout le système nerveux. J'ai observé, dans ces conditions, des cas d'irritabilité morale qui dégénéraient plus tard en mépris et en aversion réciproques des deux époux. Je ne voudrais même pas dire que les conséquences ne puissent être quelquefois bien plus funestes. Je puis affirmer que, dans plus d'un cas de séparation entre mari et femme, pour cause d'*incompatibilité de caractère*, le point de départ des troubles intérieurs et de la séparation était le fait que nous étudions en ce moment. Localement, ces accidents sont quelquefois sérieux. Presque toujours, le vagin est rouge et congestionné, il est ramolli et donne lieu à un écoulement abondant. La malade accuse une gêne dans le bassin, des douleurs passagères dans les reins, et des douleurs locales qui appellent son attention sur ces parties. Quelquefois il y a, de plus, de l'irritation de vessie. Ces divers accidents locaux peuvent exister sans même qu'il y ait eu introduction du membre viril. Je traiterai plus au long cette question dans le chapitre du vaginisme (1).

« Enfin, comme dernière cause d'affections utérines, il faut citer certains *changements anatomiques et pathologiques des organes*, comme l'occlusion du canal qui traverse le col de l'utérus.

(1) Voyez Bergeret, *Des fraudes dans l'accomplissement des fonctions génératrices*, 3e édition. Paris, 1870.

ARTICLE IV

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des affections utérines réclame tout à la fois de l'expérience et de l'habileté de la part du médecin. Les données pour l'établir se tirent de trois sources principales :

1° Des symptômes ;

2° De l'examen avec la main à travers les parois, ou direct avec le doigt ;

3° De l'examen *de visu* avec le spéculum.

§ I. — Symptômes.

J'ai déjà dit que, dans les maladies fonctionnelles, les symptômes étaient peu nombreux et fort obscurs. Pour les affections organiques, il n'y a pas de doute quant au siége : mais bien souvent on reste incertain sur le caractère spécial des maladies ; on ne peut pas toujours les distinguer les unes des autres, non plus qu'une affection de l'utérus d'une affection de l'ovaire. Ainsi, une douleur profonde dans le bas-ventre se produit avec une menstruation irrégulière, avec l'inflammation et avec l'ulcération de la matrice ; une hémorrhagie peut se produire spontanément, comme elle peut être produite par des granulations fongueuses, par des polypes ou par des ulcérations. L'inflammation de la membrane muqueuse ou une simple ulcération augmente également les pertes blanches : les écoulements fétides peuvent tenir soit à un ulcère, soit à un cancer. Les symptômes moins importants sont encore moins distincts les uns des autres : on les retrouve à peu près les mêmes et sous la même forme dans toutes les maladies.

Dans tout examen des maladies utérines, il faut, avant tout, isoler le mal autant que possible et en tracer les principaux effets sur les différentes fonctions. Les pertes doivent être examinées soigneusement, et il faut se rendre compte de la relation qui existe entre elles et la sécrétion menstruelle normale : savoir si les pertes paraissent en même temps que les règles ou entre deux époques ; si elles augmentent ou diminuent avant ou après la menstruation; si, à ce moment, elles changent de couleur ; si elles ont une mauvaise odeur; quel aspect elles présentent au miscroscope; si elles sont sanguinolentes ; si elles ont commencé à une époque menstruelle ; si elles sont accompagnées de douleurs ou de pesanteur. Ces points devront être éclaircis le plus vite possible, et même après cela il restera toujours quelque point douteux. Mais alors et comme pour compenser l'insuffisance des symptômes ordinaires, nous avons sous la main d'autres moyens de nous éclairer ; et si l'on sait bien combiner les ressources, l'erreur, dans la plupart des cas, deviendra presque impossible.

§ II. — Examen avec la main à travers les parois ou direct avec le doigt.

1° Toucher vaginal.

Le *toucher vaginal* nous met à même de décider, avec la certitude la plus absolue, si la maladie est organique ou fonctionnelle : nous pouvons apprécier le degré de chaleur du vagin, le caractère et l'abondance de l'écoulement, l'état du col et de l'orifice, aussi bien que de la partie inférieure du corps de l'utérus. Nous pouvons reconnaître s'il y a des déchirures ou des ulcérations sur le col ; si l'organe se trouve déplacé, et quel est le degré de ces diverses lésions; nous pouvons distinguer le cancer, le squirrhe ou les végétations morbides ; nous pouvons distinguer les déviations des élévations ou des changements de position de l'organe ; et enfin, en combinant les résultats obtenus par le toucher avec ceux que donne un examen fait avec la main à travers les parois abdominales, nous pouvons établir un diagnostic entre les hypertrophies de l'utérus, la grossesse et les maladies de l'ovaire.

Quelques mots maintenant sur la manière de pratiquer l'examen du vagin. Si l'organe malade remplit ou est supposé remplir toute la cavité du bassin, il faudra que la malade soit debout : dans les autres cas, elle peut rester couchée sur le dos ou sur le côté gauche. On écarte légèrement les grandes lèvres, et le doigt indicateur, antérieurement enduit d'huile, est poussé d'arrière en avant jusqu'à ce qu'il pénètre dans le vagin. Arrivé au fond de ce canal, le doigt est alors promené en avant et en arrière jusqu'à ce qu'il atteigne l'orifice utérin. Chemin faisant, il s'assure des diverses circonstances que j'ai déjà signalées. Une fois le doigt sur l'orifice, on s'assure des divers changements morbides éprouvés par le col ou par le corps de la matrice, et l'on peut aussi se rendre compte de l'état de la partie supérieure du bassin.

[[Voici quelques détails que j'emprunte à M. le docteur Gallard (1).

L'auteur indique qu'on doit indistinctement se servir des deux mains, et que le toucher peut être pratiqué debout ou dans le décubitus dorsal, qu'un seul doigt, l'indicateur, est presque toujours suffisant, que le toucher est possible même chez les vierges sans porter atteinte à l'intégrité de la membrane hymen, en ayant soin de faire rapprocher les cuisses, ce qui produit le relâchement de cette membrane.

« Le col, dit M. Gallard, chez la femme qui n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches, présente une forme conique, son orifice est petit, étroit, assez difficile à percevoir au toucher. On a comparé non sans raison la sensation qu'il fournit alors, à celle qu'on éprouverait en touchant le lobule du nez.

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873.

« Le col quoique souple présente une certaine résistance élastique.

« Sa surface est lisse ; la muqueuse très-adhérente au tissu musculaire ne glisse pas sur lui ; elle est à peine sensible au toucher.

« Chez la femme qui a eu des enfants, le col est plus gros, plus court que chez la vierge et au lieu de la forme conique il affecte une forme cylindrique. Les deux lèvres sont plus distinctes, et la dépression qui correspond à l'orifice du col, forme une fente transversale.

« Vers les extrémités de cette fente, plus souvent à gauche qu'à droite on trouve des froncements, des déchirures produites pendant l'accouchement.

« Pendant la période menstruelle le col est plus entr'ouvert ; le doigt porté dans le cul-de-sac antérieur du vagin, rencontre habituellement, chez la femme nullipare, le corps de l'utérus. Cette antécourbure physiologique disparaissant par le fait de la grossesse, il en résulte que chez les femmes qui ont eu des enfants on ne perçoit plus le corps.

« Le doigt porté en arrière remonte dans le cul-de-sac postérieur, rencontre parfois une sensation de tumeur due à la présence de matières fécales contenues dans le rectum, la paroi postérieure de l'utérus n'est guère accessible que par le rectum.

« Sur les côtés du col dans les culs-de-sacs latéraux le doigt n'éprouve qu'une sensation de mollesse.

« Les dimensions des culs-de-sacs sont un peu variables chez la femme qui a eu des rapports sexuels, le cul-de-sac postérieur est plus dilaté, car l'organe copulateur étant plus long que la distance qui sépare le museau de tanche de l'orifice de la vulve, refoule le vagin et y creuse une cavité appropriée à ses dimensions. »]]

Une fois ces renseignements obtenus, le doigt est retiré. Il faut, pour cet examen, user de la plus grande délicatesse, et l'on doit ne le répéter que le moins possible. Il est rare qu'on soit forcé d'introduire plus d'un doigt à la fois. Quand la vessie est malade, un cathéter introduit dans cet organe facilite beaucoup l'examen et les recherches. On ne devra jamais pratiquer cette sorte d'examen immédiatement après les grandes douleurs ; il ne serait pas supporté pendant une période aiguë d'inflammation, et, dans quelques cas, on doit n'accepter qu'avec défiance les résultats de l'examen.

Les principaux points sur lesquels on porte son attention quand on examine une malade sont : l'état du vagin, comme température, calibre, écoulement et sensibilité ; dans quelle condition se trouve le bassin : est-il vide ou rempli, et, dans ce dernier cas, qu'est-ce qui le remplit ? à quelle hauteur se trouve l'orifice de l'utérus ? est-il ouvert, est-il sensible, est-il intact ? la résistance du tissu du col, sa sensibilité ; l'absence de toute végétation morbide ou d'ulcération à sa surface ; la position ou le volume de la matrice, sa sensibilité et sa mobilité. En retirant le doigt du vagin, on peut se rendre compte de la nature de l'écoulement, et l'examen au microscope pourra quelquefois décider des questions très-importantes. Il faudra encore rechercher avec soin s'il existe quelque ulcération, quelle en est l'é-

tendue ; dans quel état se trouvent le col et le corps, s'il y a écoulement de sang, et enfin s'il existe quelque polype ou excroissance fongueuse.

2° Palpation abdominale.

La *palpation abdominale* est un moyen complémentaire à employer après le toucher ; grâce à cette palpation, on peut se rendre compte de la forme et de la dimension d'une tumeur utérine ou ovarienne; se rendre compte, d'après la mobilité de la tumeur, s'il existe oui ou non des adhérences, et apprécier la densité de la tumeur.

3° Toucher rectal.

Le *toucher par le rectum* procure souvent des renseignements importants et permet d'éclaircir des points douteux. Par cette voie, on arrive plus facilement sur le corps et sur les ligaments de l'utérus, dont on peut mieux apprécier le développement morbide ; on distingue plus facilement les affections utérines de celles de l'ovaire ; enfin, on examine plus à fond les tumeurs du bassin, les abcès de la paroi recto-vaginale, les limites de chacune de ces maladies.

On le voit donc, les renseignements qu'on obtient par le toucher portent sur tous les points, excepté sur la couleur des organes; et il est bien rare, en admettant même que cela arrive, que la vue en apprenne plus que le toucher. Sans doute, pour en arriver à ce résultat, il faut une grande expérience, et il faut aussi un tact extrêmement délicat; mais il est sûr aussi qu'avec de la persévérance, en joignant à l'étude des malades celle du cadavre, on peut arriver à cette perfection du tact.

[[4° Toucher rectal et vaginal combinés.]]

[[« Après le toucher vaginal et le toucher rectal, il y a lieu de dire un mot de ces deux modes d'exploration combinés. — Voici l'opinion de M. Gallard (1) à ce sujet.

« Lorsqu'il s'agit, dit-il, d'une affection intéressant le système génital interne, je ne pratique que très-exceptionnellement le toucher rectal indépendamment du toucher vaginal, que je réserve plus spécialement pour l'examen des lésions qui me paraissent ne devoir intéresser que le rectum. — Je préfère alors combiner le toucher rectal au toucher vaginal et alors, au lieu d'introduire nécessairement le même doigt dans chacun des conduits, j'y introduis simultanément deux doigts différents. On a conseillé de se servir à la fois des deux indicateurs; mais en occupant ainsi ses deux mains, on se prive de la précieuse ressource du palper hypogastrique, il vaut donc infiniment mieux employer deux doigts de la même main, je conseille alors de se servir du médius que l'on introduira dans le rectum, tandis que l'indicateur le sera dans le vagin.

« Les parties que l'on peut surtout explorer par la combinaison du

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 1873.

toucher vaginal et rectal, sont d'abord la cloison recto-vaginale qui ne sépare les deux doigts explorateurs que par une mince couche de tissus souples et moelleux à travers lesquels ils se sentent parfaitement. Tout à fait au bas au-dessus de l'anus, on trouve une dilatation ampullaire, puis en haut, le col de l'utérus et le corps. »]]

5° Sondes, dilatateurs, trocarts.

Simpson a encore ajouté à nos moyens physiques de diagnostic. Grâce à sa sonde utérine, on peut s'assurer de la perméabilité du col de l'utérus : on mesure la cavité de la matrice et, jusqu'à un certain point, on se rend compte de l'état physiologique et de la mobilité de cet organe.

La sonde utérine, telle que l'ont modifiée Kiwisch (fig. 1) et Valleix (fig. 2), est une mince tige d'argent emmanchée d'un côté dans une poignée de bois, et recoubée à son autre extrémité pour répondre à l'angle formé par le col de l'utérus et le vagin; le bois du manche est lisse d'un côté et dentelé sur l'autre face, de manière qu'on puisse reconnaître le côté de la pointe de l'instrument. La tige est divisée en centimètres et présente, à 7 centimètres 1/2 de son extrémité, une légère élevure ou une encoche pour marquer la profondeur normale de la cavité utérine. Introduit le long du doigt à la partie supérieure du vagin, la pointe dirigée en avant, pour peu qu'on prenne quelques précautions, on le dirige à peu près directement sur le col; on lui fait franchir le col sans grande difficulté et arriver jusqu'au fond de la matrice. Si l'extrémité venait à s'engager dans un des replis de la membrane muqueuse, il faudrait retirer légèrement l'instrument en arrière, et ne jamais user de force pour le faire passer. Du reste, le fait même d'une difficulté d'introduction devrait amener tout de suite à examiner avec soin quelle est la cause de cette difficulté. A l'aide de ce cathéter utérin, on peut donc reconnaître s'il y a rétrécissement de la cavité du col, les cas de déviation du corps, le ramollissement de la muqueuse interne, et les divers degrés de mobilité de l'utérus ; on peut de même diagnostiquer les fongus ou les polypes, les rétroflexions ou antéflexions; et, dans quelques cas de tumeurs abdominales, on peut décider si elles sont utérines ou ovariennes.

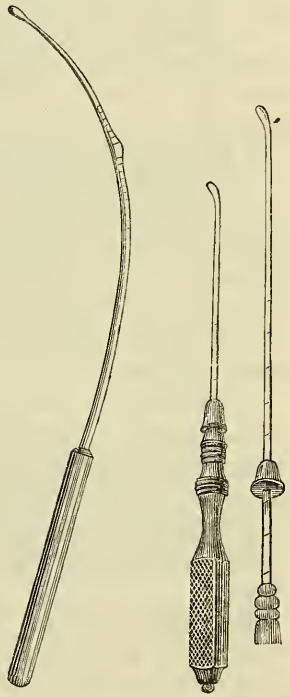


Fig. 1. — Sonde utérine de Kiwisch. Fig. 2. — Sonde utérine de Valleix.

Dans des mains expérimentées, la sonde de Simpson rend les plus grands services; mais il faut ajouter en même temps que, maniée sans précaution, elle peut produire des accidents très-graves. Même à l'état de santé, l'utérus est sensible; mais à l'état morbide il l'est encore bien plus: si bien que l'introduction de la sonde, fût-ce même avec les plus grandes précautions, peut être suivie de douleurs très-vives, et que l'emploi inopportun ou brutal de cet instrument peut amener les plus funestes accidents.

[[« Bien que l'introduction d'une sonde dans l'utérus ait été rejetée par des praticiens distingués comme inutile et dangereuse, il n'en est pas moins vrai que c'est aujourd'hui un moyen de diagnostic fort utile et qu'on ne doit point négliger dans beaucoup de cas. »

M. Huguier (1), le vulgarisateur de cette méthode, dit dans son livre sur l'hystérométrie: « Il n'est peut-être pas aujourd'hui en France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, un seul gynécologiste, suivant les mouvements de la science, qui n'ait recours au cathétérisme utérin. »

A propos de la sonde utérine, M. West (2) dit:

« Les notions que cet instrument nous permet d'acquérir, sont souvent d'une valeur considérable et d'une nature telle que nous ne pourrions les obtenir autrement, vu que nous n'arriverions qu'à une connaissance bien imparfaite après des examens répétés. »

Courty, Nonat et Gallard, ont posé des règles précises pour l'emploi de la sonde utérine, et nous voyons que cet instrument est pour eux d'un usage fréquent.

Cependant il ne faudrait pas trop en généraliser l'emploi, car des accidents funestes en ont été le résultat. C'est un instrument qui doit être manié avec de grandes précautions et par une main très-habile. Aussi voit-on un certain nombre de médecins en rejeter complétement l'usage; parmi ceux qui se sont mis à la tête de cette réaction, il faut citer Scanzoni dont on connaît la grande expérience en ce qui concerne les maladies des femmes.

M. Huguier lui-même, le défenseur de la méthode, admet de nombreux cas où l'on doit s'abstenir de son usage, puisqu'il nous dit: « Certains états pathologiques et même physiologiques de l'appareil gestateur s'opposent au cathétérisme utérin, c'est ainsi qu'on devra éviter d'y avoir recours, dans la métrite aiguë, la métrorrhagie active, abondante et essentielle, la métrite péri-utérine aiguë, dans les inflammations phlegmoneuses des ligaments larges, les abcès aigus de ces ligaments, le ramollissement considérable du tissu propre du corps de la matrice. Généralement on devra aussi se dispenser de recourir à la sonde la veille et pendant les premiers jours de la menstruation, si surtout elle est abondante et doulou-

(1) Huguier, *De l'hystérométrie*. Paris, 1865.
(2) West, *Leçons sur les maladies des femmes*, traduction française, 1870.

reuse, mais la plus formelle des contre-indications, c'est l'état de grossesse.»

Je vais maintenant dire quelques mots sur l'emploi de la sonde utérine.

M. Huguier ne se sert pas de la sonde de Simpson, qui a pour lui des inconvénients très-marqués d'abord à cause de sa trop grande courbure qui n'est pas en rapport avec celle de l'utérus, elle n'est utile que dans les cas d'antéflexion ou de rétroflexion, ensuite à cause de la difficulté qu'on éprouve à la mouvoir dans l'utérus par suite de l'arc de cercle considérable que son bec exécute dans l'utérus, ce qui pourrait occasionner des froissements, de la douleur et des hémorrhagies.

M. Marion Sims (1) se sert d'une sonde flexible en argent, à laquelle il donne au moment même la courbure voulue.

La sonde la plus généralement en usage, est la sonde de Valleix, c'est celle à laquelle il faut avoir recours dans les cas ordinaires.

Voici quelques préceptes, que nous empruntons à M. le docteur Gallard (2), et que je crois utiles de reproduire.

« Pour le cathétérisme utérin la femme sera placée dans le décubitus dorsal, dans la même position que pour le spéculum. La sonde sera introduite ensuite dans la cavité utérine, soit après avoir préalablement mis le col à découvert au moyen du spéculum, soit sans le secours d'aucun autre instrument. Dans le premier cas le spéculum de Ricord est le seul dont on puisse faire usage, à cause de la rainure qui existe entre les deux valves dans toute la longueur du spéculum, et qui permet de retirer cet instrument en laissant la sonde en place, le retrait s'opère aussitôt que le bec de la sonde a été introduit dans la cavité du col, et alors qu'elle y a pénétré de 2 à 3 centimètres seulement.

« Dans le second procédé où pratique d'abord le toucher avec la main gauche, le doigt indicateur est placé sur la lèvre postérieure du col immédiatement en arrière de l'orifice externe que l'on doit sentir sous la pulpe du doigt, puis la sonde est glissée sur ce doigt, sa convexité dirigée en arrière jusqu'à ce qu'elle arrive à l'orifice du museau de tanche. Le manche de l'instrument est alors abaissé entre les cuisses, de façon à ramener l'instrument dans l'axe du détroit supérieur, la sonde pénètre alors facilement quand l'utérus est dans sa position normale. Ce mouvement doit être pratiqué avec la plus grande douceur.

« Dans le cas où la sonde ne peut pénétrer dans sa position normale, c'est que le bec de la sonde est engagé dans un des replis de l'arbre de vie, ou qu'il existe un état pathologique quelconque, qui nécessite de diriger la sonde dans une autre direction ; s'il existe une flexion, il faudra diriger la courbure de la sonde dans le sens de cette flexion, mais pour porter cette courbure, soit sur les côtés, soit en arrière, il ne suffit pas de faire opérer un simple mouvement de rotation au manche de l'instrument. Si

(1) Marion Sims, *Chirurgie utérine*, 1866.
(2) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873.

on procédait ainsi, on ferait décrire au bec de la sonde un arc considérable (fig. 3), et qui en passant dans une cavité aussi étroite que celle du col ou même du corps de la matrice dont les parois sont rapprochées au contact l'une de l'autre, y déterminerait des désordres ou tout au moins des froissements pénibles et douloureux.

Fig. 3. — Arc de cercle que parcourt le bec de la sonde quand on la retourne simplement pour changer sa direction.

«Il faut au contraire considérer le bec de la sonde comme un centre immobile, et faire décrire le mouvement d'arc de cercle au manche de l'instrument et alors le bec pourra être porté dans les diverses directions suivant lesquelles il devra se présenter dans le canal cervico-utérin pour y pénétrer plus profondément sans exercer aucune déchirure, aucun froissement.

« La figure 4 indique comment ce mouvement doit être exécuté.

« La sonde pénètre en général facilement dans le col, ce n'est qu'au niveau de l'orifice interne, qu'on éprouve presque toujours une certaine difficulté à pénétrer dans la cavité utérine. Il arrive assez souvent que cet orifice interne présente une coarctation telle, qu'il est impossible de le franchir; dans ce cas, plus le cathétérisme se rapprochera de l'époque des règles, plus il deviendra facile.

« Quand l'orifice interne est franchi, ce qui devient évident par la sensation de résistance vaincue, la sonde, continuant sa progression, arrive jusqu'au fond de la matrice; la femme alors éprouve une sensation particulière de malaise et de souffrance signalée pour la première fois par Valleix.

« Le cathétérisme utérin ne doit pas être fait au moment des règles, mais seulement quelques jours après. Pendant les règles cette opération serait dangereuse, car l'utérus étant congestionné et ramolli, un simple froissement pourrait l'enflammer, le moindre effort maladroit pourrait le perforer. Cependant il est des cas où il sera nécessaire d'y avoir recours à l'époque menstruelle. »]]

Pour arriver au diagnostic des maladies utérines, il est encore très-utile de pouvoir dilater le col et l'orifice du col; on peut ainsi, avec le doigt, sonder ce col, ou du moins la partie inférieure de ce col, et reconnaître l'existence soit d'une ulcération, soit d'un polype. Pour arriver à cet examen, Simpson fait usage d'une série de petites éponges (fig. 5) préparées, de plus en plus grosses, jusqu'à ce qu'il ait obtenu le degré voulu de dilatation. Protheroe Smith a imaginé aussi un instrument au moyen

duquel il dilate instantanément le col : c'est quelque chose d'analogue aux tenettes qu'on emploie pour saisir et extraire la pierre dans la litho-

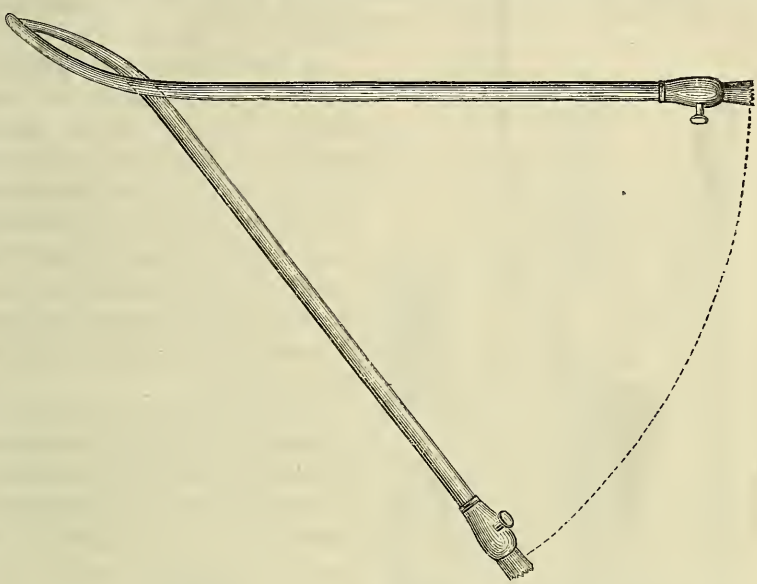


Fig. 4. — Mouvement à imprimer au bec de la sonde utérine pour changer sa direction en déplaçant le moins possible son extrémité qui est introduite dans l'utérus.

tritie. Je préfère l'éponge préparée : c'est un procédé plus lent, mais plus sûr, moins irritant, et je le crois aussi plus efficace.

[[Dans un grand nombre de cas, on peut remplacer avec avantage l'éponge préparée par une tige de laminaria digitata, qui a la propriété d'augmenter considérablement de volume sous l'influence de l'humidité. Les tiges dont on se servit tout d'abord, étaient pleines et présentaient, entourant l'une de leurs extrémités, un fil destiné à les retirer de la cavité du col après qu'elles avaient agi, aujourd'hui elles présentent un canal dans toute leur longueur, et le fil n'entoure plus la tige. La dilatation étant, à cause de cette double disposition, plus considérable que dans le premier cas (fig. 6).

Ces tiges sont de diverses grosseurs, et en rapport, avec la dimension du col dans lequel elles doivent être introduites.

Quant aux nombreux spéculums inventés pour explorer la cavité de l'utérus, ils ne sont guère utiles, et sont à juste titre relégués dans l'oubli. « Il m'a toujours suffi, dit M. Courty (1), pour explorer la cavité du col, pour vaincre la résistance de son orifice vaginal à la dilatabilité, et pour constater quelques altérations de la muqueuse cervicale telles que granulations, fongosités ou polypes, de me servir simplement comme

(1) Courty, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1872, p. 163.

spéculum ou comme dilatateur, de longues pinces à pansement ordinaire, à extrémité effilée droite ou courbe, ou des pinces à pansement utérin de M. Savage. »

On s'est encore servi, pour explorer la cavité vaginale, de l'endoscope, imaginé par M. Desormeaux (1); mais cet instrument n'est guère applicable pour l'utérus, où l'introduction de l'instrument amène presque toujours un léger écoulement sanguin, qui vient obstruer la sonde et empêche l'observateur de bien juger de l'état de la muqueuse.]]

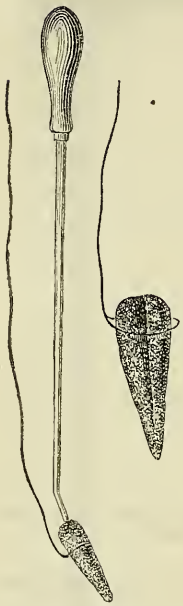


Fig. 5. — Instrument pour l'introduction de l'éponge préparée dans la cavité du col.

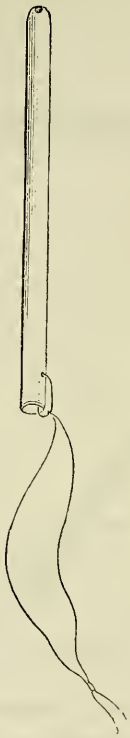


Fig. 6. — Tente de Laminaria digitata de Greenhalgh.

Un des bons moyens encore de s'éclairer sur la nature des tumeurs du bassin et sur leur contenu est la ponction avec le trocart explorateur. Il y a même peu de cas dans lesquels une ponction avec une aiguille fine puisse être nuisible, et dans la plupart des cas, au contraire, cette exploration met à même de décider si l'on doit inciser pour vider la tumeur ou s'il faut avoir recours à d'autres moyens de traitement. Le procédé de la *ponction exploratrice* a toujours une grande valeur comme moyen de diagnostic : mais il peut acquérir une importance extrême dans les cas de tumeurs venant compliquer le travail de l'accouchement.

D'ailleurs le liquide ainsi obtenu par la ponction exploratrice pourra être soumis au microscope, et comme chaque jour nous apprenons à nous mieux servir de cet admirable instrument, il n'y a pas à douter qu'il ne nous devienne toujours plus utile. On pourra de même soumettre à l'examen microscopique le liquide qui s'écoule, soit du vagin, soit de l'utérus.

§ III. — Examen au spéculum.

Comme on le voit, les moyens de diagnostic sont nombreux et importants. Par le vagin et le rectum on examine le vagin et l'utérus, dilaté à

(1) Desormeaux, *De l'endoscope*. Paris, 1865.

l'avance, si c'est nécessaire : à ces procédés on ajoute le palper abdominal, l'examen microscopique et chimique des produits de l'écoulement, et l'on arrive à une somme de renseignements importants. Il manque encore une donnée, à savoir, sur quel point la maladie a débuté. En ce qui regarde le vagin et le col de l'utérus, on peut en grande partie, au moyen du spéculum, suppléer à cette asbence de renseignements. C'est en effet à l'introduction du spéculum que l'on doit la plupart des progrès que la pathologie utérine a faits. Pour apprécier complétement l'état du col et de l'orifice de l'utérus, plus encore celui du vagin, le spéculum est indispensable. On peut en faire usage sans le moin-

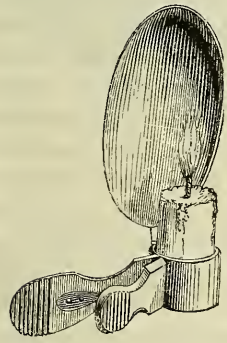


Fig. 7. — Réflecteur pour éclairer le vagin.

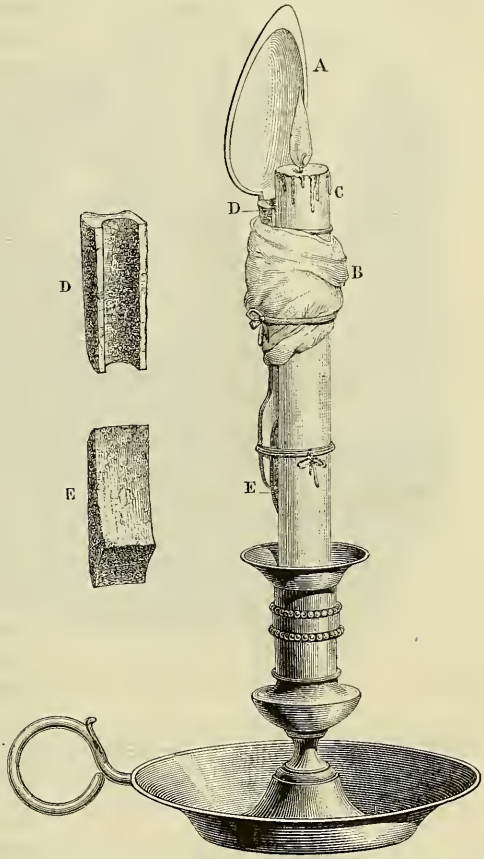


Fig. 8. — Cuiller adaptée contre une bougie pour servir de réflecteur (*).

dre embarras, et, pour éviter que l'application ne soit douloureuse, il suffit d'adapter avec soin le volume de l'instrument au diamètre de l'organe. Le point capital est d'avoir, si c'est possible, un rayon de soleil. A la lumière artificielle (fig. 7), ou à un jour modéré, on peut bien encore reconnaître les grosses altérations; mais, à moins d'une vive lumière, on ne peut reconnaître les modifications peu importantes subies par les organes.

(*) A, cuiller. — B, bande de linge.— C, bougie.— D, tasseau de liége s'appliquant à la partie médiane de la cuiller. — E, tasseau de liége s'appliquant à la partie inférieure de la cuiller.

[[M. A. Amussat (1) a indiqué diverses formes de réflecteurs.

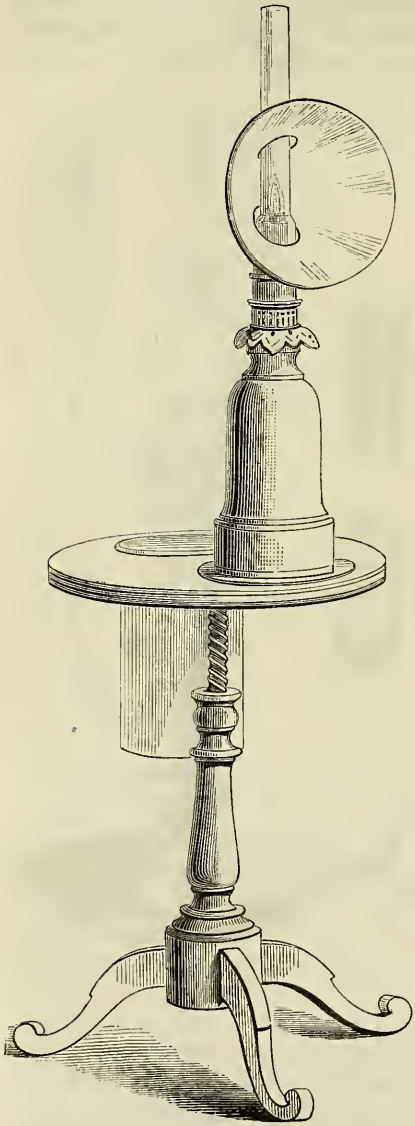


Fig. 9. — Table à pivot avec la lampe munie d'un réflecteur parabolique.

Un moyen simple et qui peut être utile bien souvent consiste à appliquer une cuiller d'argent contre une bougie, de telle sorte que la lumière se trouve en face de la concavité et à la fixer. Pour obvier à la mobilité de la cuiller, il suffira de tailler deux morceaux de liége en creux afin de les adapter à la convexité de la bougie (fig. 8).

Un autre appareil qui est plus commode et qui est destiné à être employé surtout dans le cabinet du médecin, consiste à placer une lampe sur une table dont le plateau s'élève ou s'abaisse à volonté, laquelle est munie d'un miroir parabolique (fig. 9).

Il y a encore un mode d'éclairage très-simple et qui ne laisse presque rien à désirer. Il consiste à placer sur le plateau d'une table pouvant s'élever ou s'abaisser, une lampe munie de la lentille et du miroir réflecteur du laryngoscope. La lumière est placée un peu en arrière et sur le côté de l'opérateur. Les rayons lumineux projetés par la lentille, passent au-dessus de son épaule et viennent éclairer fortement la vulve. (La plupart des lentilles qui appartiennent aux laryngoscopes sont bonnes pour cet usage, pourvu toutefois qu'elles ne soient pas à trop court foyer, car alors les rayons lumineux ne seraient pas projetés assez loin pour éclairer suffisamment la vulve (fig. 10).

(1) A. Amussat, *De l'emploi d'un réflecteur dans le traitement des affections de l'utérus* (*Bulletin thérapeutique*, t. LXXXII, p. 236, 1872).

Je termine en indiquant un appareil très-simple que j'ai fait construire chez M. Mathieu, fabricant d'instruments, et qui peut rendre de bons services; il permet de se passer d'un aide et laisse au chirurgien la liberté de ses deux mains (fig. 11).]]

Fig. 10. — Disposition pour l'examen au spéculum.

Le spéculum met à même de reconnaître la longueur et l'épaisseur du col utérin, de s'apercevoir des moindres changements de coloration de la membrane muqueuse (1); de saisir les plus légères érosions qui auraient

(1) Marc d'Espine, de Genève, a publié (*Archives de médecine*, avril 1836) un mémoire très-remarquable sur l'état du col de l'utérus vu au spéculum avant et après la fécondation :

« Le col de l'utérus, examiné chez une femme qui n'a pas eu d'enfant, se présente sous la forme d'un petit manchon ayant plus de saillie que d'étendue à la base, situé au fond et toujours un peu au-dessus de l'axe du vagin. L'orifice de ce col se présente sous la forme d'un pertuis triangulaire ou rond, toujours d'un fort petit diamètre. Les diamètres vertical et horizontal sont toujours sensiblement égaux : le diamètre du col à la base est à peu près de six à neuf lignes, et la perpendiculaire abaissée du sommet du col à la base est ordinairement de huit à dix lignes; les diamètres de l'orifice sont les mêmes à une ou deux lignes près.

« Exceptionnellement, chez certaines femmes, l'orifice du col, au lieu d'être rond ou triangulaire, est linéaire et comme fermé, mais alors cette ligne est beaucoup plus petite que celle qu'on voit chez les femmes qui ont eu des enfants.

« L'âge ne paraît pas avoir une influence marquée sur la forme ni sur les dimensions du col : il n'en est pas de même des grossesses.

« Chez une femme qui a eu un ou plusieurs enfants à terme, le col est passagèrement

échappé au toucher, les moindres élevures qui se trouvent sur le col de l'utérus, et qui sont trop petites pour être perçues au toucher; de petits polypes vésiculeux qui partent de l'intérieur de la cavité du col, et s'étendent jusque sur le col. Avec le spéculum on est à même de reconnaître la couleur même de l'ulcère et de contrôler plusieurs symptômes fournis par le toucher. Il faut avoir soin de ne pas prendre pour un état pathologique les changements divers produits par l'instrument lui-même. Par exemple, la pression exercée sur l'extrémité de l'instrument peut changer l'élévation et la position de la matrice et amener une saillie exagérée du col. Il n'y a pas à douter de la valeur et de l'utilité du spéculum, soit pour aider au diagnostic, soit pour faciliter le traitement; mais au point de vue moral comme au point de vue matériel, il demande à être employé avec une grande délicatesse: ainsi chez les femmes nerveuses, dans les cas où l'altération des tissus pourrait favoriser une déchirure, il faut éviter l'usage du spéculum; autant que possible encore il ne faudra jamais en faire usage chez les filles vierges. On a

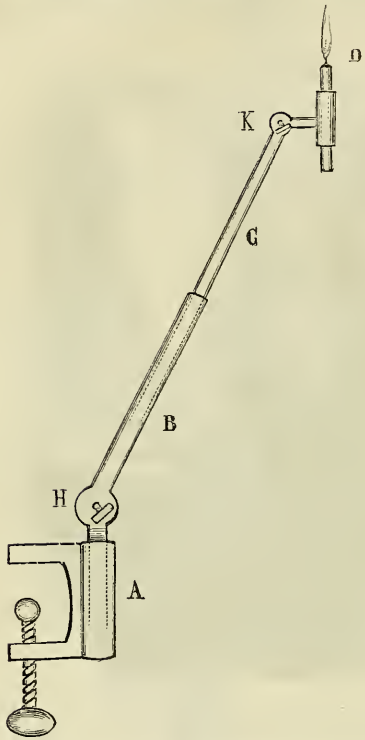


Fig. 11. — Appareil d'éclairage de M. Leblond (*).

augmenté de volume et plus ou moins aplati ; il n'a plus la forme mamelonnée ; il peut être plutôt comparé, sinon pour le volume, du moins pour la forme, à une tartelette. L'orifice est presque toujours linéaire. La longueur de la fente varie, mais elle est toujours d'au moins trois lignes, et peut avoir jusqu'à six ou huit lignes de longueur transversale. Quelquefois cette ligne est droite et transversale ; d'autres fois elle est sinueuse et déchiquetée.

« Il n'y a pas grande différence entre les femmes qui ont fait un ou plusieurs enfants ; cependant, en moyenne, il faut dire que le col est d'autant plus gros, l'orifice d'autant plus grand, que le nombre des enfants a été plus considérable.

« Il y a un intermédiaire entre les femmes nullipares et les femmes primipares; ce sont celles qui n'ont été enceintes qu'une fois et qui sont accouchées avant terme. Chez elles, le col paraît avoir subi une légère augmentation de volume sans changement de

(*) A, vis de pression destinée à fixer l'appareil sur l'une des chaises qui supportent les pieds de la malade. — B, tige creuse, mobile au point H, de façon à pouvoir s'incliner et fixée sur la vis de façon à pouvoir se mouvoir circulairement. — C, tige glissant à frottement dans la tige B de façon à allonger plus ou moins l'appareil. — K, articulation. — D, bougie.

inventé un grand nombre d'espèces de spéculums, j'en noterai seulement quelques-unes.

I. **Formes diverses de spéculums.** — Pour examiner les parois du vagin, j'ai fait faire un spéculum qui me paraît remplir parfaitement le but. Il consiste en un tube métallique d'un diamètre suffisant pour distendre raisonnablement le vagin ; à l'extrémité interne il est fermé et arrondi, et porte une fenêtre latérale sur presque toute sa longueur. On l'introduit sans beaucoup de difficulté, et, en le faisant tourner, on passe successivement en revue toute la surface du vagin (fig. 12).

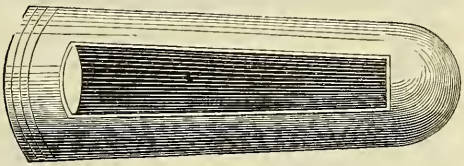


Fig. 12. — Spéculum de Fleet. Churchill.

M. Beaumont, de Londres, a décrit un spéculum vaginal qui est composé de cinq feuilles d'acier, chacune de trois pouces de long, fixées autour d'une demi-sphère qui a elle-même plus d'un pouce de diamètre : quand ces feuilles sont écartées les unes des autres, elles forment par leur extrémité libre une portion de cercle de trois pouces de diamètre. Au centre de l'hémisphère il y a un trou destiné à recevoir une vis qui va se fixer à l'extrémité du manche. Avant d'introduire le spéculum, on rapproche les feuilles au moyen d'un cordon, dont une anse est fixée au manche par le moyen d'une cheville. On fait pénétrer lentement l'instrument, en lui imprimant un léger mouvement de rotation, et quand une fois il est arrivé au fond du vagin, on desserre la corde et on laisse les feuillets s'écarter peu à peu. On dévisse et l'on retire le manche, et le spéculum se présente tout ouvert, tel qu'il est figuré (1).

Keiller, d'Édimbourg, a présenté à la Société obstétricale un spéculum qui lui avait paru tout particulièrement utile dans le traitement des fistules urinaires et des fistules fécales. Il est formé d'un seul feuillet avec un manche fixé à angle obtus. Employé conjointement avec le spéculum à deux branches de Ricord, ou le spéculum perfectionné de Charrière, dont on a retiré le troisième feuillet, il peut, au moyen du manche, être porté en tous sens, de manière à mettre en vue un point quelconque de la paroi

forme, et l'orifice présente un très-petit diamètre, beaucoup plus petit que chez les femmes qui ont eu des enfants.

« Il reste enfin à se demander la valeur, comme signe, de l'état sinueux ou déchiqueté de l'orifice : de l'examen des faits il ressort que cet état sinueux se lie presque constamment avec un grand nombre d'enfants.

« Tels sont les principaux résultats que l'on peut tirer de l'examen du col dans un grand nombre de cas. Sans doute, un bon renseignement donné par la femme qu'on examine est encore un moyen plus sûr que le toucher et le spéculum réunis ; mais il y a des cas médico-légaux où le témoignage d'une femme et de ceux qui l'entourent devient suspect, et demande un contrôle tiré de tous les moyens médicaux d'exploration que nous possédons. »

(1) Beaumont, *Med. Gaz.*, London, vol. XX, p. 122.

vaginale, soit au niveau, soit sur les côtés de la vessie, et cela sans qu'on ait à retirer le spéculum dilatateur (1).

Le spéculum utérin peut varier comme forme et comme dimension. Les uns sont cylindriques, les autres coniques. Jusqu'à ces derniers temps, le spéculum dont on faisait usage en Angleterre était un tube métallique conique, tantôt d'un seul morceau, tantôt divisé en deux valves disposées de manière à pouvoir le dilater, une fois l'instrument introduit dans le vagin. La surface interne doit être polie et un obturateur adapté au diamètre du tube pour en faciliter l'introduction.

Le spéculum conique, soit de verre, soit de métal, est le spéculum de Lisfranc, de Récamier, etc. (fig. 13). Cette forme conique est assurément mauvaise : elle ne facilite en rien l'introduction de l'instrument, non plus que l'inspection des parties malades, une fois l'instrument en place. Elle a de plus cet inconvénient que la partie la plus large du spéculum correspond à la partie la plus étroite du canal vaginal.

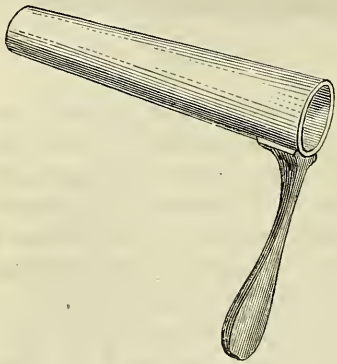


Fig. 13. — Spéculum conique de Récamier.

Fumer fut, je crois, le premier à proposer un cylindre d'un diamètre partout égal, auquel il ajouta d'ailleurs des améliorations. Pour faire usage, dit-il, d'un tube du diamètre nécessaire, avec facilité et sans provoquer de douleur, je fais passer par ce tube un coussin à air, de telle sorte que la partie saillante produise tout doucement la dilatation, et qu'en se rabattant sur les bords, elle protége les parois du vagin contre la pression du tube métallique. De petites vessies, à moitié distendues, remplissent très-bien l'office de ces coussins, et peuvent surtout se trouver facilement. On forme le coussin en tortillant sur elle-même la portion moyenne de la vessie, de manière à chasser tout l'air dans la partie inférieure ; au-dessus de cette poche d'air on fait un nœud à rosette avec un fil de soie, en ayant soin de laisser toujours pendre un bout de ce fil par l'autre extrémité du spéculum. Une fois l'instrument en place, on n'a qu'à défaire le nœud, l'air s'échappe et l'on retire le coussinet.

J'ai fait faire moi-même un spéculum de métal (fig. 14) : au lieu d'un coussin à air, j'ai fait retourner et rentrer en dedans le bord du spéculum, afin d'éviter le contact d'un bord tranchant à l'orifice du bassin.

Fergusson a notablement amélioré le spéculum cylindrique de cristal

(1) Keiller, *Edinburgh monthly Journal*, vol. IX, p. 559.

(fig. 15), en le faisant recouvrir extérieurement d'une enveloppe métallique très-brillante, et par-dessus d'une mince couche de caoutchouc. Grâce à cette amélioration, la réflexion est beaucoup plus grande à l'intérieur du tube, et l'instrument est beaucoup plus solide : il n'y a plus à craindre qu'il ne se brise à chaque instant, comme cela arrivait sans cesse avec le simple spéculum de cristal. Pour l'usage habituel, je trouve que ce spéculum est le plus utile. Il en faut seulement plusieurs de diamètres différents. Il donne plus de lumière qu'un spéculum métallique, et, grâce à cela, on peut examiner les parois du vagin au moment où l'on introduit et au moment où l'on retire l'instrument. Il faut aussi avoir soin de choisir un spéculum dont l'extrémité soit coupée obliquement.

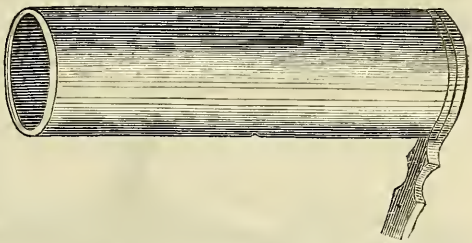


Fig. 14. — Spéculum de l'auteur.

Fig. 15. — Spéculum de Fergusson.

Protheroe Smith a imaginé un spéculum qui permet de pratiquer tout à la fois l'examen avec l'œil et par le toucher. Il est formé de deux cylindres : le cylindre extérieur est de métal, le cylindre intérieur de verre ; dans le premier, il y a une fenêtre latérale. Une fois le spéculum introduit, on retire en partie le cylindre intérieur, et à travers l'ouverture du cylindre externe le doigt peut explorer les parties et arriver sur le col utérin.

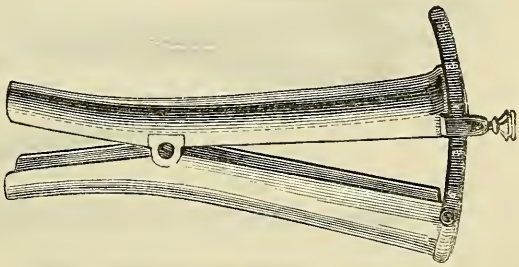


Fig. 16. — Spéculum bivalve de Jobert (de Lamballe).

Les spéculums pleins cylindriques sont les meilleurs quand on a à scarifier le col utérin : le sang s'écoule directement et sans obstacle. Pour appliquer des sangsues, on se sert d'un obturateur qui s'ajuste exactement, comme un piston de pompe, et qui est percé à jour pour permettre à l'air de s'échapper. Avec un semblable instrument, on peut pousser les sangsues jusque sur le col utérin et les empêcher de s'échapper.

Le spéculum bivalve de Jobert, de Lamballe (fig. 16), est formé de deux demi-cylindres réunis sur un de leurs côtés par un pivot, à peu près à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'instrument. Quand le spéculum est introduit, le pivot se trouve assez loin dans le vagin, et, par suite, la pression sur l'orifice qui se trouve en dehors dilate l'orifice intérieur.

Le spéculum de madame Boivin (fig. 17) est formé de deux demi-cylin-

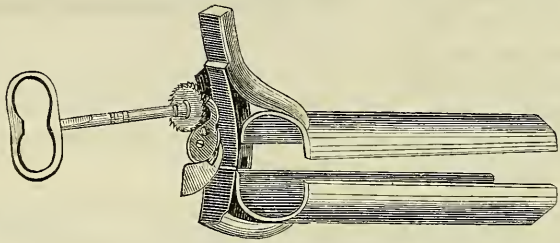


Fig. 17. — Spéculum de madame Boivin.

dres unis par leurs extrémités supérieures à des barres de cuivre transversales, l'une solide et l'autre creuse. La barre solide pénètre dans la barre creuse et se meut, en avant et en arrière, au moyen d'une roue dentée et d'une clef. Les mouvements de ces barres éloignent ou rapprochent les valves du spéculum.

Le spéculum bivalve de Coxeter est un instrument fort utile. Les deux valves sont réunies à leurs extrémités supérieures par une vis, au moyen de laquelle on peut régler l'écartement de ces valves.

Le spéculum de Weiss est formé de deux parties : un dilatateur et un

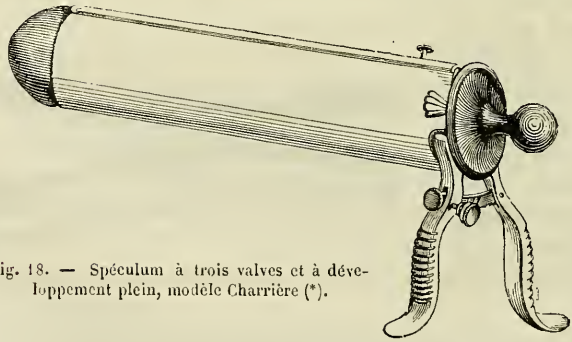


Fig. 18. — Spéculum à trois valves et à développement plein, modèle Charrière (*).

cylindre. Le dilatateur a trois valves qui se meuvent par un mécanisme spécial placé dans le manche. Quand le vagin est suffisamment dilaté, on introduit le cylindre entre les valves.

(*) La valve supérieure, assemblée à coulisse, peut se séparer des deux autres et permet de mettre à découvert une partie des organes.

Je me suis procuré un spéculum trivalve dont je ne connais point l'inventeur. Quand l'instrument est fermé, la troisième valve recouvre en partie les deux autres; mais quand l'instrument est ouvert, cette troi-

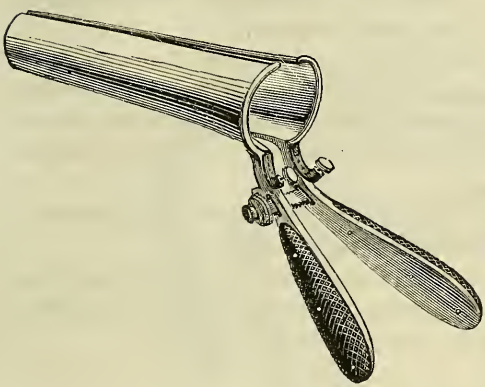


Fig. 19. — Spéculum bivalve de Ricord.

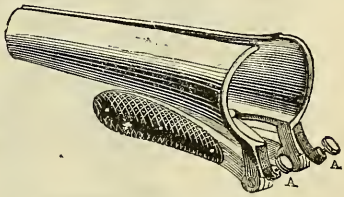


Fig. 20. — Spéculum bivalve de Ricord à articulation (*).

sième valve remplit l'espace compris entre les premières, et l'on a ainsi un cylindre complet.

[Parmi les spéculums trivalves, nous mentionnerons le spéculum de Charrière (fig. 18.)]

M. Ricord se sert d'un spéculum beaucoup plus simple. Il est formé de deux valves (fig. 19 et 20) ou d'un plus grand nombre de valves semi-

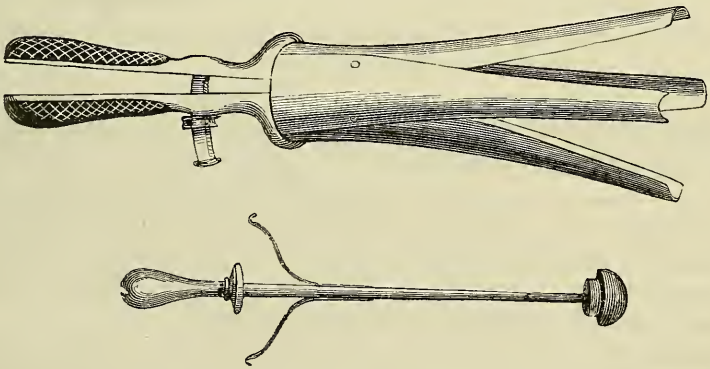


Fig. 21. — Spéculum à quatre valves de Ricord (**).

cylindriques, réunies à très-peu de distance de leur extrémité supérieure (fig. 21). Quand l'instrument est fermé, ces valves forment un cône; mais

(*) AA, articulation disposée sur chaque manche, de manière que l'instrument, dans son ensemble puisse être facilement porté dans la poche, soit seul, soit renfermé dans un étui.

(**) Pour donner à l'instrument une surface plus grande de développement, deux des valves peuvent être placées et retirées à volonté.

en pressant sur le manche, une fois l'instrument introduit dans le vagin, on fait écarter les extrémités inférieures de ces valves.

Cet instrument est excessivement utile. Il peut s'adapter à des vagins de toutes dimensions; et, en enlevant l'une des valves, le médecin peut se rendre compte de l'état de la muqueuse vaginale.

[[A côté du spéculum bivalve, se place le spéculum de Cusco, ou en bec de canard, qui par suite de la grande largeur des deux valves de l'instrument à leur extrémité utérine permet d'écarter fortement le fond du vagin. — Ce spéculum est facile à manier pour ceux qui n'ont pas une grande habitude de cet instrument.

Enfin M. Nonat a fait construire un spéculum légèrement conique et curviligne auquel il attribue des avantages spéciaux.]]

[Scanzoni (1) recommande, lorsqu'il importe d'embrasser d'un seul coup d'œil une grande partie des parois vaginales, un spéculum à plusieurs branches, pouvant être écarté au gré de l'opérateur (fig. 22).]

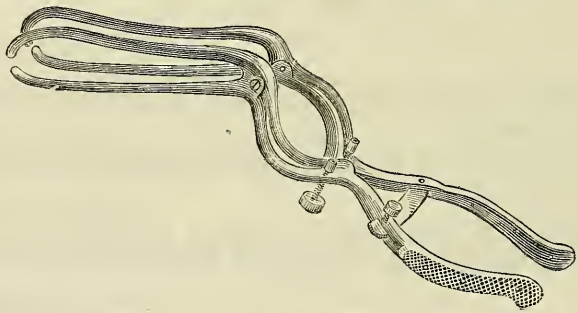


Fig. 22. — Spéculum à quatre branches mobiles.

Le spéculum à deux têtes de Marion Sims (fig. 20) est un instrument de fer galvanisé, à peu près de huit pouces de long, et se terminant à chaque bout par une section cylindrique d'un diamètre différent, et dont la concavité est tournée en dehors. Ce spéculum est introduit au-dessus du périnée, la malade étant couchée dans la pronation, les hanches légèrement tournées en avant. Dans cette position, quand le spéculum est attiré en arrière, toute la moitié antérieure du vagin, le col de l'utérus, les culs-de-sac antérieur et postérieur, deviennent visibles.

Ce spéculum est, à mes yeux, un instrument très-précieux; non pas seulement pour les opérations de fistule vésico-vaginale pour lesquelles il fut primitivement inventé, mais encore pour les examens spéciaux et pour beaucoup d'opérations à faire sur le col. Toutes les fois qu'on a à se servir du bistouri ou des ciseaux, et dans tous les cas de ligature, il est indispensable.

(1) Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels*, trad. de l'allemand. Paris, 1858, p. 23.

Entre les mains d'un opérateur habile, tous ces divers spéculums peuvent être bons. La seule condition indispensable est d'en avoir plusieurs de longueur et de diamètre différents.

Pour un examen minutieux, je préfère le spéculum à quatre valves de

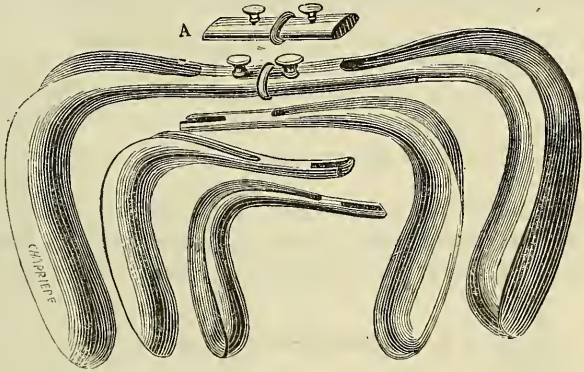


Fig. 23. — Valves de MM. Marion Sims et Bozemann (*).

Ricord. Pour une application de caustique, pour des sangsues ou pour un examen après ces diverses opérations, le spéculum de cristal de Fergusson, ou le spéculum-cylindre à trois valves, est aussi bon, sinon préférable; mais, pour la plupart des opérations, le meilleur est celui de Marion Sims.

II. **Mode d'emploi.** — Pour tirer du spéculum tout l'usage possible, la première condition est d'avoir une lumière très-vive : si c'est possible, la lumière du soleil, tout au moins la lumière du jour. On peut sans doute voir avec une lampe ou une bougie, mais jamais le résultat de l'examen ne sera aussi sûr ni aussi minutieux.

Il faut avoir à sa disposition une paire de pinces à pansement très-longues, avec de la charpie, afin d'enlever le sang ou les muscosités qui peuvent recouvrir la surface du col.

La manière de procéder à l'examen est la suivante. On fait placer la malade sur les mains et les genoux, ou bien sur le côté, ou enfin à plat sur le dos. Pour ma part, je préfère la position sur le côté. On écarte avec soin les deux lèvres ; puis, après avoir bien graissé le spéculum, on l'introduit dans le vagin, de bas en haut, d'avant en arrière, et en appuyant toujours du côté du périnée. Quand une fois l'instrument a pénétré de quatre à cinq pouces, on écarte les valves, on retire l'obturateur et l'on dirige la lumière au fond du spéculum, à moins que la malade ne soit en face d'une fenêtre. Les parties profondes doivent être facilement aperçues, et l'on se rendra compte de leur état. Si le col ne se trouvait

(*) Ces valves, de différentes grosseurs, sont disposées de manière à pouvoir être assemblées sur la pièce A : deux vis rivées sur place suffisent pour maintenir les parties. On peut réunir ensemble une grande valve et une petite.

pas d'emblée dans le champ du spéculum, il faudrait retirer légèrement l'instrument et le reporter ensuite en diverses directions, jusqu'à ce qu'on arrive au résultat voulu. Une fois l'examen terminé, il faut avoir soin de ne pas blesser le vagin en retirant brusquement le spéculum entr'ouvert; il faut aussi prendre garde de ne pas pincer, entre les valves, soit un pli de la membrane muqueuse, soit quelques poils du pubis.

ARTICLE V

THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement des maladies des organes génitaux chez les femmes peut être divisé en traitement *général* et en traitement *local*. Le premier s'adresse à la constitution générale, le second se compose de remèdes locaux.

§ I. — Traitement général.

Au traitement général, il faut rapporter tous les moyens qui, en améliorant la santé générale, agissent d'une manière favorable sur l'affection locale : parmi eux, il y a quelques médicaments qui paraissent avoir une action plus directe sur l'utérus et sur les ovaires. Ainsi le fer, la strychnine, la sabine, etc., agissent comme emménagogues, tandis que d'autres tendent à diminuer ou même arrêtent les pertes excessives : ainsi l'ergot de seigle, le *chanvre indien*, le plomb, l'oxyde d'argent, l'acide gallique, le tannin, etc.

Le calomel et l'opium ont sur les inflammations utérines une influence bien remarquable : le calomel seul, à petites doses, stimule parfois les absorbants, au point de faire cesser toute espèce de pertes.

L'hydriodate de potasse a certainement de l'action dans diverses maladies utérines. Ashwell affirme que ce médicament fait diminuer le volume d'un certain nombre de tumeurs solides de l'utérus.

L'arsenic a été essayé avec succès par Hunt dans les cas de métrorrhagie et de cancer utérin (1). Pour moi, d'après mon expérience particulière, dans les cas de maladies utérines chroniques ou dans les squirrhes, ce médicament m'a paru tout à fait impuissant. Fothergill prétend que, dans tous les cas d'affection aiguë, il est même nuisible (2).

[[Sans tenir grand compte de l'action spéciale de certains médicaments sur l'utérus, il convient de dire que dans la plupart des maladies utérines chroniques le traitement général sera de la plus grande utilité, ce sera surtout les médicaments reconstituants, le fer, le quinquina, les bains sulfureux, les bains de mer, l'hydrothérapie qui rendront de véritables services.]]

(1) Hunt, *Medic.-chirurg. Transact.* London, 1838, vol. XXI.
(2) Fothergill, *Mem. of med. Society of London*, vol. V, p. 28.

§ II. — Traitement local.

Du reste, pour quelques moyens généraux qui peuvent avoir une action directe, nous avons un bien plus grand nombre de moyens de traitement local.

Des ventouses scarifiées sur la région sacrée, des sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses, à la vulve, à l'anus ou sur le pubis, ont une action directe sur les maladies de l'utérus. Pendant quelque temps même on avait adopté l'usage de sangsues, de scarifications ou de ventouses scarifiées sur le col, tout cela au moyen du spéculum. On a dit que ces procédés divers étaient très-utiles dans les cas de dysménorrhée, de congestion utérine, d'inflammation, d'érosion ou de simple ulcération du col, dans le cas d'irritation utérine, etc. Pour moi, je n'ai jamais trouvé que tous ces moyens fussent nécessaires.

[[Ces émissions sanguines locales sont cependant regardées par beaucoup de praticiens distingués comme étant de la plus grande utilité. C'est ainsi que le docteur Gallard, qui a une si grande expérience pour tout ce qui concerne les maladies des femmes, a souvent recours aux applications directes des sangsues sur le col, et en retire souvent de grands avantages dans les inflammations aiguës de la matrice.]]

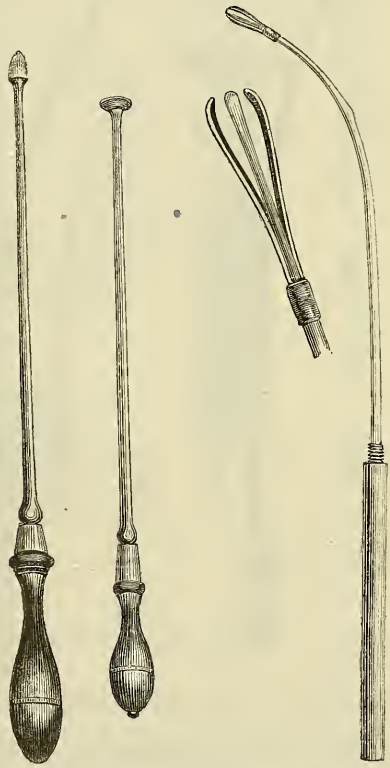


Fig. 24 et 25. — Cautères actuels.

Fig. 26. — Porte-caustique.

Avec le spéculum, les caustiques ou même le cautère actuel (fig. 24 et 25) peuvent être portés sur la partie malade sans toucher au vagin (fig. 26, 27), soit que l'on emploie le porte-nitrate de trousse, soit que l'on emploie le porte-caustique représenté fig. 26. [Cet instrument se compose d'une canule d'argent tout à fait semblable à la sonde utérine, et se terminant à son sommet par trois branches faisant ressort et qu'on peut fermer au moyen d'un anneau mobile. Le nitrate est renfermé dans l'espace que circonscrivent les trois branches. Scanzoni préfère cet instrument au porte-caustique de Lallemand (fig. 27.]

C'est ainsi que j'applique avec grand avantage l'acide nitrique, le beurre d'antimoine, le nitrate d'argent, la teinture d'iode caustique, etc., dans des cas de congestion, d'inflammation, d'excoriation, d'ulcération ou de fongosités du col utérin. Pour faire usage de caustiques liquides, il faut en imprégner un petit tampon de charpie qu'on maintient appliqué sur les parties au moyen de longues pinces. Une fois la cautérisation faite, on remplace le premier tampon par un autre tampon, soit de charpie sèche, soit de charpie imprégnée d'huile ou de vinaigre.

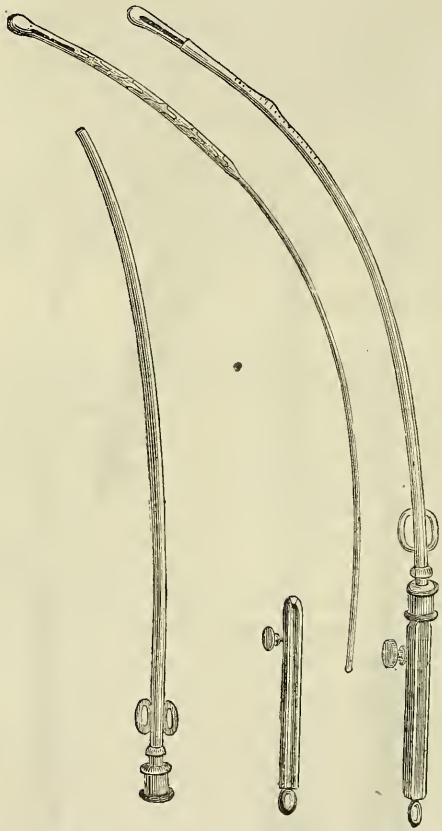


Fig. 27. — Porte-caustique de Lallemand.

[[Les cautères actuels, destinés à être portés sur l'utérus, sont de formes variées (fig. 24 et 25).

A côté de ces cautères rougis au feu et qui ont l'inconvénient d'effrayer la malade, nous devons placer la cautérisation à l'aide d'un fil de platine rougi par l'électricité. Cette cautérisation employée avec succès dans ces derniers temps par MM. Broca, Verneuil, Follin et Giraldès, dans les opérations chirurgicales, mérite à juste titre d'entrer aussi dans le domaine de la chirurgie utérine.

L'action de la galvanocaustie diffère de la cautérisation au fer rouge en ce qu'en raison du peu de volume des cautères, la chaleur ne rayonne pas dans les tissus et n'y produit qu'une réaction inflammatoire très-modérée (1), mais l'avantage le plus marqué de la galvanocaustie sur l'instrument tranchant, c'est l'absence d'hémorrhagie, pourvu toutefois que le fil de platine ne soit pas porté à une température trop élevée.

La pile dont on se sert est la pile au bichromate de potasse inventée en 1854 par Poggendorff (2), modifiée par M. Grenet et considérablement perfectionnée par M. Trouvé (fig. 28).

(1) Raymond, *Opérations préliminaires à l'extirpation des tumeurs*, thèse, 1870.
(2) Poggendorf, *Annalen*.

Le cautère que l'on emploie se compose d'un fil de platine de différentes formes, suivant le but que l'on veut atteindre; il est porté par un manche sur lequel existe un bouton qui sert à interrompre à volonté le courant. Cet instrument vient d'être modifié par M. Trouvé (fig. 29).

Je dois encore signaler le cautère à gaz imaginé par M. Nélaton que M. Courty emploie avec avantage pour la cautérisation du col utérin (fig. 30).

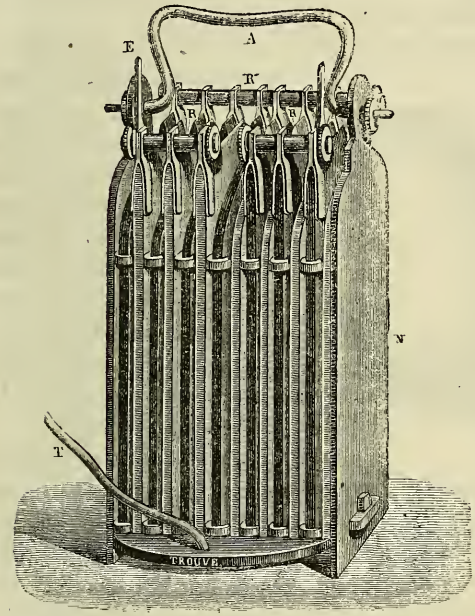


Fig. 28. — Pile de M. Trouvé (*).

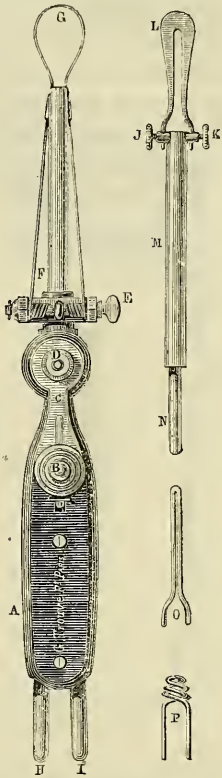


Fig. 29. — Cautères de formes diverses (**).

Cet appareil se compose d'un réservoir en caoutchouc rempli de gaz et muni d'un tube de caoutchouc auquel est adapté le cautère. Ce cautère présente l'avantage ainsi que le précédent de ne pas effrayer les malades, de bien limiter l'action du calorique, de faire des cautérisations aussi profondes qu'on peut les désirer.

(*) N,N, plaques de caoutchouc durci formant avec la base la cage destinée à supporter les éléments de la pile. A, poignée de la pile. — R,R′,R″, contacts mobiles. — E,E′, tiges des contacts où s'adaptent les rhéophores. — T, tube insufflateur.

(**) A, manche du porte-cautère. — B, bouton verrou pour établir la communication. — C, pédale en métal qui porte le bouton verrou. — E, clef du treuil pour mettre l'anse de platine en fonction. — F tige renfermant les deux pôles. — G, anse de platine pour la section des tumeurs. — H,I, tiges conductrices. J,K,écrous pour fixer les cautères. — L, couteau cautère. — N,N,tiges concentriques où s'adaptent les cautères, et qui, adaptées au manche, se trouvent en communication avec H et I, quand on presse sur le bouton B. — O, cautère en pointe ou cylindrique. — P, cautère en boule.

On peut encore porter les caustiques dans la cavité utérine à l'aide de l'appareil de M. Nonat, et dont voici la description. Il se compose d'une sonde de platine de la même dimension que la sonde du porte-caustique de Lallemand. Cette sonde est munie d'un mandrin qui se termine par un embout pour en faciliter l'introduction. La tige de la sonde présente un renflement afin d'en limiter l'introduction. Quand la sonde est introduite, le mandrin est enlevé et l'on introduit dans la cavité de la sonde un pinceau imbibé de la solution caustique que l'on a choisie.]]

Dans les maladies de l'utérus et du vagin, on peut faire des injections avec une seringue ordinaire, ou, ce qui vaut beaucoup mieux, avec la seringue de Evary Kennedy, ou celle de Higginson. On peut encore faire des lavages simples au moyen d'un tube de verre recourbé, comme l'a recommandé Montgomery, ou l'appendice d'un boyau de mouton, ainsi que l'a conseillé Cliet (1).

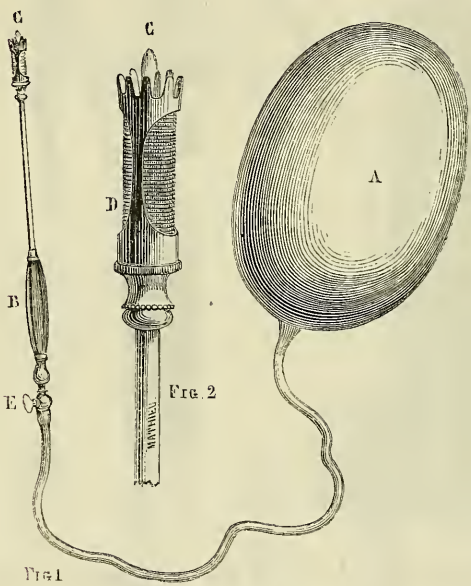


Fig. 30. — Cautère à gaz (*).

Les médecins ne sont pas généralement convaincus de l'efficacité des injections d'eau froide, à jet continu, autrement dites des douches, dans les maladies du vagin et de l'utérus. Dans beaucoup de cas peu graves, et dans des cas très-rebelles, j'ai obtenu plus de résultats satisfaisants par ce moyen que par tout autre ; et comme il peut être employé par la malade elle-même, il lui plaît bien davantage, et n'a pas tous les inconvénients d'une application de caustique avec le spéculum. C'est encore le meilleur tonique local que je connaisse, chez les femmes sujettes aux métrorrhagies ou aux avortements. Les premières fois, on pourra se servir d'eau légèrement tiédie ; mais dès que l'eau tout à fait froide pourra être supportée, il faudra faire usage de ces douches une ou deux fois par jour, pendant quinze à vingt

(1) Cliet, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juillet 1839, p. 222.

(*) Fig. 1. Vessie de caoutchouc remplie de gaz et munie d'un tube de caoutchouc. — B, tube de cuivre muni d'un robinet E. — C, pertuis par lequel s'échappe le gaz que l'on enflamme, quand on presse sur la vessie de caoutchouc.

Fig. 2. D, toile métallique qui enveloppe l'extrémité du tube de cuivre.

minutes chaque fois, et les continuer pendant très-longtemps. Je suis heureux de trouver mes idées sur ce point confirmées par MM. Fleury et Faure (1).

Les solutions d'alun, de sulfate de cuivre ou de zinc, d'acétate de plomb, de nitrate de plomb, etc., les décoctions astringentes, peuvent aussi être employées directement sur les parties malades : seulement, après en avoir fait usage plusieurs fois, il sera nécessaire de laver le vagin avec de l'eau froide ou chaude ; autrement les parcelles restantes de ces divers astringents pourraient donner lieu à une irritation fâcheuse (2).

Dans les hémorrhagies utérines, quand l'application du froid est indiquée, si l'on ne peut avoir recours aux injections vaginales, on arrivera à produire un froid complet et sans aucun danger, au moyen de lavements d'eau froide.

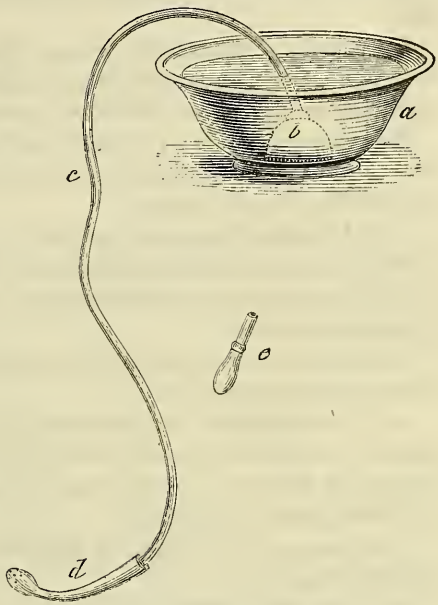


Fig. 31. — Appareil à injections de Scanzoni (*).

[A cet effet, on peut faire usage avec avantage de l'appareil qui a été recommandé par Scanzoni (3), (fig. 31).]

[[Dans ces cas on pourra encore employer avec avantage l'irrigateur Éguisier ou l'appareil à irrigations continues de Clauzure.]]

Des injections intra-utérines avec divers liquides ont été successivement préconisées contre les maladies de l'utérus et ont été suivies de résultats heureux dans quelques cas, de résultats funestes dans d'autres. S'il faut jamais avoir recours à ce moyen, il faut n'employer qu'une très-petite quantité de liquide et l'injecter aussi doucement que possible.

[[Le docteur Gallard porte souvent dans l'utérus des caustiques liquides à l'aide d'une sonde en gomme flexible, qui peut ainsi pénétrer sans pro-

(1) Fleury et Faure, *Archives de médecine*, mai 1853, p. 551.
(2) *Lancet*, 11 mai 1850.
(3) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*. Paris, 1858.

(*) *a*, bassin contenant le liquide à injections ; *b*, hémisphère de plomb ; *c*, tube élastique ; *d*, canule utérine recourbée ; *e*, embouchure pour l'aspiration

duire la moindre lésion de l'utérus, le liquide est ensuite poussé dans la cavité utérine à l'aide d'une seringue graduée, qui indique la quantité de liquide injecté. La seule précaution qu'il recommande et qu'il ne faut pas négliger, c'est de prendre une sonde d'un calibre assez petit pour que le liquide puisse refluer facilement et ne distende pas la cavité utérine.

Ce médecin distingué fait encore dans l'épaisseur du tissu utérin, à l'aide d'une seringue armée d'une aiguille creuse, des injections de quelques gouttes de liquide caustique destinées à détruire le col dégénéré.

Mentionnons encore à ce sujet l'excellente thèse du docteur Guichard, où il démontre l'innocuité presque complète des *injections intra-utérines* et dont voici les conclusions :

« 1° Le procédé employé par M. Gallard est le plus simple et le plus précis, il remplit toutes les indications;

« 2° Les injections intra-utérines peuvent être limitées à la cavité cervicale de la matrice.

Pratiquées avec les précautions ordinaires, elles ne pénétreront jamais dans la cavité du corps;

« 3° Les injections intra-utérines faites dans la cavité du corps de la matrice, d'après le procédé de M. Gallard, ne peuvent pénétrer dans les trompes de Fallope. De nombreuses raisons anatomiques, physiologiques et pathologiques s'y opposent.

Leur passage dans la cavité péritonéale n'a jamais été démontrée et est chimérique;

« 4° Les effets immédiats des injections intra-utérines sont des troubles passagers de nature réflexe;

« 5° Des accidents inflammatoires graves ont pu se produire à la suite de ces injections comme après toute autre opération pratiquée sur l'utérus.

Ils sont dans l'immense majorité des cas sous la dépendance d'un état morbide antérieur des organes génitaux internes de la femme et des parties circonvoisines;

« 6° Les injections intra-utérines faites dans un but thérapeutique non obstétrical sont formellement contre-indiquées si la matrice renferme un produit de conception et s'il existe des symptômes d'inflammation aigus ou chroniques soit du côté de l'utérus et du tissu cellulaire péri-utérin, soit du côté du péritoine et des ovaires;

« 7° Les injections intra-utérines sont un moyen de traitement énergique, elles doivent être réservées pour des cas pathologiques bien déterminés et après un examen minutieux de l'état des organes génitaux internes de la femme.

Leur indication capitale réside dans la métrite interne chronique à forme hemorrhagique.]]

Un très-excellent procédé pour appliquer les médicaments sur les pa-

rois vaginales et dans le voisinage de l'utérus et des ovaires, ce sont les pessaires médicamenteux. Ce procédé est très-ancien : il semblait cependant être tombé dans un singulier oubli, quand Simpson attira l'attention des médecins sur les avantages qu'on retire de la combinaison de l'axonge avec divers médicaments, dont on fait des espèces de bols que l'on porte dans le vagin. Les formules de Simpson sont les suivantes (1) :

℞ Oxyde de zinc	0,75 cent.	℞ Acétate de plomb	0,37 cent.
Cire blanche	0,75 —	Cire blanche	1,10 —
Axonge	6 gramm.	Axonge	6 gramm.
℞ Onguent hydrargyrique	2 gramm.	℞ Tannin	0,50 cent.
Cire jaune	2 —	Cire blanche	1,25 —
Axonge	4 —	Axonge	6 gramm.
℞ Iodure de plomb	0,25 cent.	℞ Extrait de belladone	0,50 cent.
Cire blanche	2 gramm.	Cire jaune	1,25 —
Axonge	3 —	Axonge	6 gramm.

On peut encore faire usage de :

Poudre d'opium	de 0,5 à 0,15 centigr.
Cire blanche	1 gramme.
Axonge	6 grammes.

Le pessaire ne doit pas être trop petit, pour éviter qu'il ne tombe du vagin. Peu importent d'ailleurs sa forme et sa dimension.

Des médicaments astringents ou d'autre espèce peuvent être encore enfermés dans un petit sac allongé de grosse mousseline, que l'on fait tremper d'abord dans de l'eau, et que l'on introduit ensuite dans le vagin, où on le laisse séjourner.

Je n'ai point à parler ici des divers moyens mécaniques qui ont été préconisés contre les déplacements de l'utérus. Je traiterai ces diverses questions en temps opportun.

On tire un très-grand bénéfice de l'usage de l'eau froide à l'extérieur. Il faut recommander à toutes les femmes mariées, spécialement pendant leur grossesse, de faire des lavages abondants. J'ai souvent vu disparaître, par ce simple moyen, ces douleurs et cette faiblesse des reins dont tant de femmes se plaignent. C'est encore un excellent moyen pour combattre les chutes partielles de matrice, l'eau froide rendant au vagin son élasticité naturelle. Les dérivatifs au niveau du sacrum, tels que les vésicatoires et les moxas, sont encore une rès-bonne médication. Une fois la peau mise à nu, ou bien on se contentera d'un pansement simple, ou bien on entretiendra la suppuration. Les emplâtres calmants, appliqués sur la région sacrée, sont aussi utiles dans les cas de névralgie de l'utérus.

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, juin 1848.

PREMIERE PARTIE

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

SECTION PREMIÈRE

MALADIES DES GRANDES LÈVRES

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATION PHLEGMONEUSE DES GRANDES LÈVRES (1).

Cette maladie consiste dans l'inflammation de la peau et des tissus sous-cutanés (fig. 32). Cette inflammation peut se déclarer chez les femmes

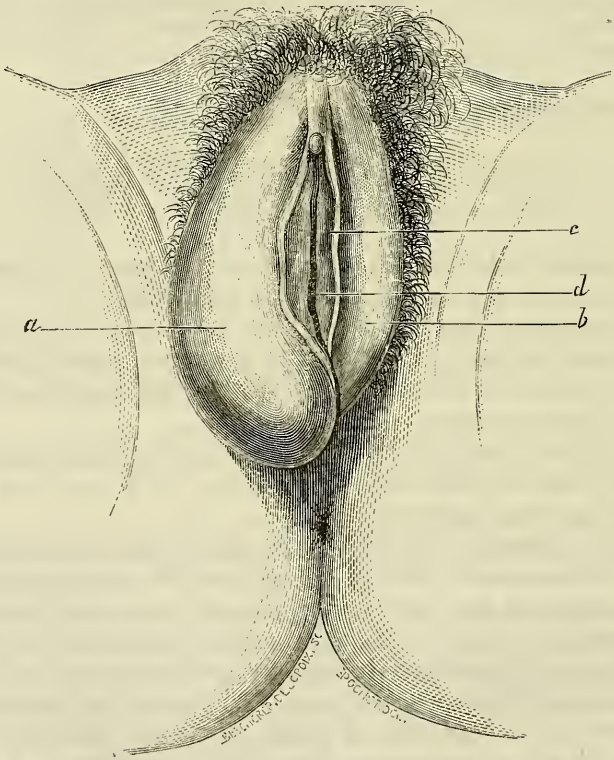


Fig. 32. — Inflammation phlegmoneuse des grandes lèvres (*).

de tout âge sous l'influence de causes spéciales ; elle donne toujours lieu

(1) Velpeau, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XXX, p. 979, art. Vulve.

(*) *a*, grande lèvre tuméfiée ; *b*, lèvre à l'état normal ; *c*, petite lèvre à l'état normal ; *d*, orifice du vagin. (Boivin et Ducès, *Atlas*, pl. 40, fig. 1).

à des douleurs très-vives. Elle peut occuper, soit une seule lèvre, soit les deux à la fois (1).

Il est rare que cette affection se développe au niveau du mont de Vénus, comme dans le cas rapporté par Béthune, d'une fille mulâtre, de constitution scrofuleuse, et chez laquelle cette inflammation se produisit sans cause appréciable pendant le cours d'une autre maladie (2). Parkman rapporte deux cas semblables. Le pus était d'une fétidité extrême.

M. Huguier a démontré (3), que dans beaucoup de cas, peut-être même dans la plupart des cas, les abcès des grandes lèvres ont leur point de départ dans l'inflammation de la glande vulvo-vaginale : soit que le conduit de cette glande soit obstrué et que l'accumulation des produits de sécrétion donne lieu à l'inflammation, soit que l'inflammation s'étende et marche de proche en proche le long du canal glandulaire.

En repassant dans ma mémoire les divers faits de ce genre que j'ai eus à soigner, je suis disposé à me ranger à son opinion. Bien certainement, dans le plus grand nombre d'exemples, le noyau central se sent sous le doigt, bien avant qu'on trouve la moindre trace d'inflammation extérieure.

§ I. — Causes.

Dans beaucoup de cas la cause est un coup, une chute, une violence quelconque, des rapprochements sexuels exagérés ; quelquefois, comme j'en ai vu des exemples, l'abcès de la vulve n'est qu'une manifestation locale d'une disposition générale à l'inflammation. Le docteur Davis rapporte le fait d'une dame qui, en voulant atteindre une boîte placée très-haut, tomba sur le dos d'une chaise, les jambes écartées : il en résulta une inflammation phlegmoneuse de la grande lèvre et un abcès. Cet abcès s'ouvrit et la malade se rétablit complétement. J'ai vu plusieurs cas semblables. Suivant M. Huguier, les premiers rapports sexuels, des rapprochements trop fréquents, la masturbation, la simple extension d'une inflammation vulvaire, sont les causes les plus fréquentes de ces abcès. M. Salmon croit qu'ils sont la suite de l'affection blennorrhagique : le liquide infectant filtrerait le long du conduit glandulaire. Toujours est-il

(1) Dans l'examen des affections des organes génitaux externes, on doit avoir toujours présentes à l'esprit les conformations vicieuses congénitales auxquelles ces organes sont exposés. Les grandes et les petites lèvres peuvent être de dimensions très-différentes : un côté est presque toujours plus grand que l'autre ; le clitoris peut être exagérément saillant (proportion gardée, cette anomalie est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes) ; l'orifice du vagin peut être plus petit que d'habitude ; il peut être oblitéré par l'adhérence de ses bords, ou bien par la membrane hymen, ou bien il peut manquer entièrement. En pareil cas, le vagin lui-même manque quelquefois totalement. Il faut aussi se rappeler qu'à l'état normal, les surfaces opposées des grandes lèvres et du vagin sont au contact, pour les premières par leurs bords latéraux, pour le vagin par ses parois antéro-postérieures. Il n'y a d'écartement entre ces parties que pour le passage des diverses excrétions.

(2) Béthune, *American Journal of medical Sciences*, 1851, p. 56.

(3) Huguier, *Mém. sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1850, t. XV, p. 527).

que cette affection se rencontre surtout chez les personnes d'une constitution lymphatique.

Cette inflammation se produit quelquefois pendant la grossesse, sans cause appréciable : quelquefois aussi après l'accouchement, par suite de la pression exercée par la tête de l'enfant sur les parties molles.

§ II. — Symptômes.

L'attention de la malade est d'abord éveillée par un sentiment de malaise qu'elle ressent pour marcher ou pour s'asseoir : bientôt surviennent de la chaleur, de la tuméfaction, de la rougeur et des douleurs lancinantes qui retentissent jusque dans l'aine et dans la cuisse et donnent lieu à des abcès sympathiques dans les ganglions inguinaux. Le moindre mouvement, la position debout, la position assise, exagèrent la douleur.

Si alors on examine la malade, on voit que le mont de Vénus, que l'une des lèvres ou même les deux, sont tuméfiés. Au centre on sent un noyau dur autour duquel les parties sont rouges et ramollies.

Si le point de départ est bien franchement la glande vulvo-vaginale, cette petite glande devient dure, sensible, et plus volumineuse qu'à l'état normal; mais les grandes lèvres sont généralement en dehors de l'inflammation et la peau conserve son aspect naturel; cependant avec les progrès de la maladie ces parties elles-mêmes sont envahies.

Si l'inflammation n'est pas rapidement enrayée, le pus se forme très-vite; la tumeur se ramollit, principalement sur un point de la surface interne, et, abandonné à lui-même, l'abcès s'ouvrira spontanément.

Cependant cette ouverture ne s'établit pas toujours à la surface de la tumeur : par suite de la structure spéciale de la région, le pus a de la tendance à s'infiltrer et à se faire jour à quelque distance de son point de départ. C'est ainsi que dans le cas rapporté par madame Boivin et par Dugès (1) l'abcès s'ouvrit dans le rectum.

§ III. — Diagnostic.

En général, l'affection est si apparente que l'on peut à peine admettre la possibilité d'une erreur. Je n'ai jamais rencontré un seul cas à propos duquel j'aie éprouvé le moindre doute.

L'abcès de la vulve se distingue :

1° D'une *hernie :* la tumeur est plus dure et plus circonscrite; en outre, elle n'augmente pas de volume par les efforts de toux et n'est pas réductible;

2° De l'*œdème des lèvres :* la tumeur est plus limitée; elle n'existe que dans une seule lèvre, elle est accompagnée de douleurs vives et de rou-

(1) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 661.

geur à la peau. Dans l'œdème, au contraire, la tuméfaction est diffuse, elle occupe les deux lèvres à la fois, elle est molle, elle s'enfonce sous la pression du doigt, elle est presque incolore et elle augmente graduellement ;

3° Des *tumeurs enkystées des grandes lèvres :* cette affection est celle qui ressemble le plus à l'abcès des grandes lèvres, le kyste se présentant sous forme d'une tumeur circonscrite ; mais le diagnostic est facile à établir d'après la marche aiguë de la maladie, les douleurs violentes, la dureté du noyau central, l'amincissement et la rougeur de la peau.

§ IV. — Traitement.

Le traitement est simple et généralement suivi de succès. Si l'on est appelé dès le début de l'affection, on peut en arrêter les progrès par des cataplasmes émollients, une application de sangsues, et un purgatif énergique. Chez les jeunes sujets principalement, le docteur Dewees préfère aux cataplasmes, des frictions avec l'onguent hydrargyrique sans térébenthine. Plus tard, si l'inflammation paraît disposée à céder, ces frictions sont en effet fort utiles; mais au début je n'ai que très-peu de confiance en ce moyen.

Quand il y a déjà de la suppuration, il faut laisser de côté les sangsues, et la question est de savoir si l'on ponctionnera l'abcès ou si on l'abandonnera à la marche naturelle. Delman et Burns sont pour ce dernier avis, mais Waller, Boyer, Boivin et Dugès, Dewees (1) et Mackintosh (2) sont pour l'ouverture avec le bistouri. Blundell préfère l'ouverture spontanée de l'abcès, à moins que l'accumulation du pus ne donne lieu à de grandes souffrances. En ce cas il prescrit de pratiquer une petite ouverture avec la lancette (3). Si maintenant on considère les douleurs très-vives produites par ces abcès, la chance à courir que le pus ne s'infiltre et n'aille se faire jour dans une région dangereuse, la disposition qu'ont ces abcès à devenir fistuleux si on les abandonne à eux-mêmes, il me semble que le plan le plus sage est de les ouvrir largement aussitôt que le pus est formé. Telle est la méthode que j'ai toujours suivie toutes les fois que cela était en mon pouvoir, et j'ai reconnu que la guérison était plus prompte et plus complète que dans les cas où l'art n'était pas intervenu.

Une fois l'abcès vidé, les cataplasmes doivent être appliqués constamment pendant plusieurs jours et maintenus en place par un bandage. Si la plaie manque de vitalité, il faudra employer un mode de pansement qui la stimule légèrement. Le repos absolu est indispensable et sera du reste facilement accepté par les malades, à cause des douleurs que produisent les moindres mouvements. Une fois la plaie guérie, il persiste en-

(1) Dewees, *Diseases of Females*, p. 31.
(2) Mackintosh, *Practice of Physic*, vol. II, p. 382.
(3) Blundell, *Observ. on the more important diseases of Women*, p. 277.

core généralement un certain degré d'induration qui disparaît avec le temps ou qui peut céder à des applications stimulantes.

Dans quelques cas très-rares, j'ai vu persister des ulcérations ; c'était évidemment le résultat d'une grande négligence. Le repos, des cataplasmes, des fomentations émollientes, suffisent ordinairement comme traitement.

Quand le pus s'est infiltré et qu'il s'est établi une fistule à une certaine distance du foyer, il faut encore ouvrir largement l'abcès, et si la fistule ne se ferme pas d'elle-même, il faudra la mettre à jour dans toute son étendue.

CHAPITRE II

TUMEURS DES LÈVRES.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS ENKYSTÉES DES LÈVRES (1).

Ces tumeurs présentent différents diamètres et divers degrés de tension. Elles se circonscrivent cependant assez facilement et sont le plus souvent demi-transparentes. L'observation suivante donne une très-bonne idée de cette maladie.

Observation I. — Une dame âgée de trente-six ans, à la suite d'une inflammation des intestins, remarqua pour la première fois l'existence d'une petite tumeur dans l'épaisseur de la lèvre gauche. Elle n'était nullement douloureuse, ne diminuait ni ne s'accroissait à aucun moment, ne donnait aucune sensation de fluctuation et n'était le siége ni d'aucun œdème, ni de chaleur ni de rougeur. Cette tumeur s'était peu à peu développée, et tout dernièrement en était arrivée à gêner les mouvements de la malade : cette dame ne pouvait plus s'asseoir, à moins de se renverser fortement en arrière. Quand elle était assise sur un siége dur, elle ressentait une douleur très-vive qui traversait tout le bassin depuis les lèvres jusqu'au sacrum. Dans les derniers temps, elle avait été tourmentée par des douleurs qui remontaient jusqu'aux reins ; d'ailleurs la tumeur en elle-même n'était nullement sensible, il n'y avait rien du côté du vagin, rien du côté de la vessie.

A l'examen, on reconnut une tumeur de forme ovale, occupant la lèvre gauche, du volume à peu près d'un gros œuf de poule, s'étendant depuis la fourchette antérieure jusqu'au périnée, et envoyant en haut et en arrière, le long de la paroi vaginale, un prolongement de deux pouces de long.

La peau qui recouvrait la tumeur ne présentait aucune trace d'inflammation et glissait facilement en tous sens. A la pression, on ne déterminait aucune

(1) Huguier, *Mémoire sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin* (*Mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1847, t. I, p. 236 et suiv.). — Boys de Loury, *Revue médicale*, 1840, t. IV, p. 342. — Regnoli, *De l'hydrocèle chez la femme* (*Archives générales de médecine*, 2e série, 1834, t. V, p. 114).

douleur. Chaque quinte de toux imprimait un mouvement d'impulsion quand on laissait les parties dans leur état naturel ; mais si l'on soulevait légèrement la tumeur entre deux doigts, il ne se produisait plus d'impulsion. A la percussion, cette tumeur donnait un son plein : toutes les tentatives pour la

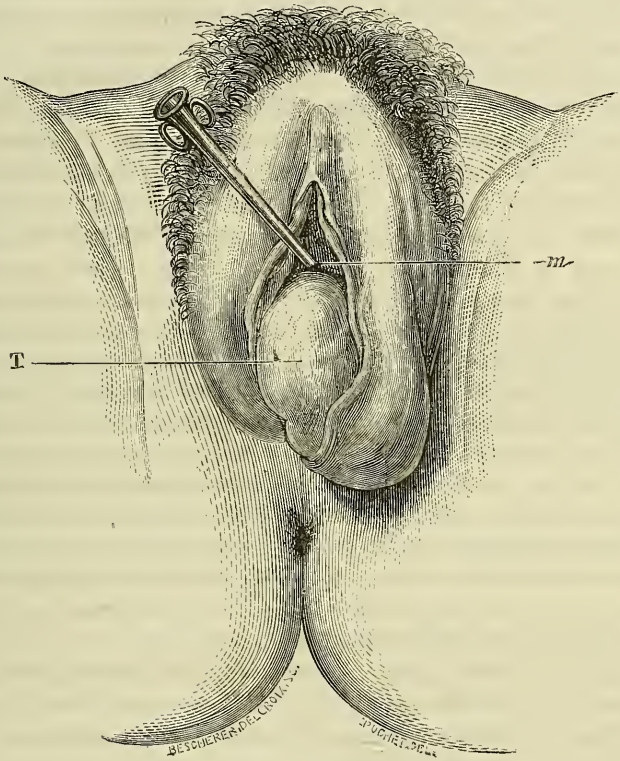


Fig. 33. — Tumeur enkystée des lèvres (*).

réduire dans la cavité abdominale avaient complétement échoué. Point d'irrégularité à la surface, jamais de bruit de gargouillement, jamais le moindre changement apparent, quel que soit d'ailleurs l'état des intestins : que la malade fût constipée ou relâchée, la tumeur était toujours aussi souple et aussi petite (1).

J'ai rapporté en détail cette observation du docteur M'Donnell, parce qu'elle est le résumé complet des divers symptômes de cette maladie, et aussi parce qu'elle montre clairement les différences qui existent entre les kystes des lèvres et les maladies analogues.

(1) M'Donnell, *British American Journal of Medicine*, 1849.

(*) T, aspect général de la tumeur ; *m*, sonde introduite dans l'urèthre (Huguier).

§ I. — Symptômes.

Les symptômes sont peu nombreux et très-peu caractérisés au début de la maladie, si bien que la maladie passe d'abord inaperçue et qu'il faut une circonstance particulière, ou bien un volume déjà considérable de la tumeur pour que l'attention de la malade soit appelée sur ce point, ou bien encore, ce qui n'est pas fréquent, que la tumeur s'enflamme.

Quoi qu'il en soit, les symptômes sont : une sensation de gêne qui augmente généralement par le mouvement, dès que la tumeur a acquis un certain développement : quelquefois, comme dans l'observation de M'Donnell, une difficulté à s'asseoir dans la position ordinaire ou à croiser les genoux; rarement une vraie douleur. Quelquefois, il y a de l'irritation de la vessie. A l'examen, on trouve dans l'épaisseur de la lèvre, généralement la lèvre gauche, d'après ce que j'ai observé, une tumeur qui donne une sensation très-différente des tumeurs phlegmoneuses, qui se présente sans changement de coloration à la peau, ne se confond pas, comme les phlegmons, avec les tissus environnants et n'est pas molle à la pression. La peau est généralement mobile sur la tumeur. Les secousses de toux ne communiquent aucun ébranlement: elle est fixée au milieu des tissus, et aucun bruit ne se produit à l'intérieur; à la percussion, elle donne un son mat; au toucher, elle semble être remplie par un liquide.

Une fois la tumeur ouverte, on voit qu'elle contient une sérosité jaunâtre, une sanie de mauvaise nature, un liquide glaireux, ou une matière puriforme d'une teinte noirâtre; elle est remplie par un tissu fibro-cellulaire, quelquefois par une matière onctueuse ou gélatineuse. La cavité du kyste est tapissée par une membrane bien distincte.

Les tumeurs peuvent persister pendant plusieurs années, s'accroissent très- lentement, et ne donnent lieu qu'à une gêne très-minime. Dans d'autres cas elles se développent plus rapidement : dans quelques cas rares, elles s'enflamment et il se forme même un ulcère très-rebelle.

§ II. — Causes.

Il est impossible d'assigner aucune cause spéciale au développement de ces tumeurs. Sont-elles, comme les malades le pensent quelquefois, la suite d'une violence? la question est difficile à résoudre. Je ne pense pas qu'une constitution plus qu'une autre favorise le développement de ces tumeurs. Elles ont été regardées par quelques auteurs comme symptomatiques de maladies plus sérieuses de l'utérus; pour ma part, je n'ai point vu qu'il en fût ainsi.

§ III. — Diagnostic différentiel.

1° Avec le *phlegmon de la lèvre*. Le diagnostic est d'ordinaire facile : le développement très-lent des tumeurs enkystées, l'absence de douleur et d'amincissement de la peau, la mobilité de la peau sur la tumeur, la colo-

ration naturelle, sont des symptômes bien différents de la douleur, de la rougeur, des battements et de la dureté qui sont les symptômes du phlegmon.

2° Avec une *hernie de la grande lèvre*. Avec cette dernière affection, il y a quelquefois, ainsi que l'a fait remarquer Ashwell, une grande ressemblance. Mais il n'y a point de variation dans la tumeur, quel que soit l'état des intestins : il n'y a pas de gargouillement; si la tumeur est isolée avec les doigts, on voit qu'elle ne subit aucun changement sous l'influence des secousses de toux, et enfin elle ne peut pas être réduite dans l'abdomen. Si, enfin, on apprend que la tumeur existe depuis longtemps, et que c'est graduellement qu'elle a atteint son développement actuel, on trouve, je pense, peu de difficulté dans ce diagnostic (1).

§ IV. — Traitement.

Plusieurs modes de traitement ont été mis en usage avec succès :

1° Ouvrir la tumeur, la vider, et appliquer exactement l'une contre l'autre les parois du kyste. Dans ce procédé, la difficulté vient de la structure de la membrane d'enveloppe : généralement, au lieu d'adhérer l'une à l'autre, les parois de la poche continuent à sécréter du liquide. Pour ma part, je n'ai jamais pu réussir avec ce procédé;

2° Faire une incision longitudinale sur le sac, que l'on remplit ensuite de charpie : si l'on peut par ce moyen développer une inflammation adhésive, on obtient la guérison : mais on peut encore échouer assez souvent;

3° Faire une incision assez grande pour pouvoir vider le kyste, et appliquer ensuite un caustique sur la membrane interne de la poche. Cette méthode est celle que préfère M'Donnell, et, elle est en effet très-bonne, peut-être l'une des meilleures. Il dit n'avoir été que très-rarement obligé de revenir aux applications de caustique, et s'il en était toujours ainsi, le procédé serait sans doute excellent, mais les choses sont loin de se passer toujours de la sorte. Dans un cas que j'ai observé et qui ressemblait tout à fait à celui de M'Donnell, Cusack et moi nous avons appliqué sans succès une première, puis une seconde couche de caustique : nous avons alors fait usage du caustique lunaire, et, bien que nous y fussions revenus à plusieurs reprises, nous avons échoué dans nos tentatives pour détruire la membrane du kyste ou pour produire l'adhésion des parois, et finalement nous avons été forcés de laisser le kyste entièrement ouvert et de l'empêcher de se refermer. De cette manière la membrane a cessé de sécréter, le sac est peu à peu revenu sur lui-même, mais la lèvre gauche est encore divisée;

4° Introduire un séton dans la tumeur, de manière à provoquer la suppuration et l'oblitération consécutive du kyste;

(1) Cooper, *On Hernia of the labia*, 2e partie, p. 62.

5° Exciser complétement la tumeur. Sans aucun doute, cette méthode est la plus radicale, mais elle est aussi de beaucoup la plus délicate et la plus douloureuse, et l'on ne peut l'appliquer sans faire courir des risques aux malades.

En somme, si la tumeur est petite, si elle ne se prolonge pas sur les côtés du vagin, l'excision présente plus de garanties d'une cure radicale; mais si la tumeur est volumineuse, il vaut mieux la laisser ouverte, exciser une partie du sac et faire suppurer le reste avec de la charpie et des applications de caustique.

ARTICLE II

TUMEURS AQUEUSES DES GRANDES LÈVRES.

Ce nom a été donné par C. M. Clarke à une espèce particulière de tumeur décrite pour la première fois par lui-même, et qui, prenant naissance sur une seule lèvre ou sur les deux à la fois, s'étend de là jusqu'au mont de Vénus : ces tumeurs sont rares, et le plus ordinairement elles se trouvent chez les femmes un peu grasses, de moyen âge, qui ont été fatiguées par plusieurs accouchements ou par toute autre cause (1).

§ I. — Symptômes.

L'attention des malades est d'abord appelée par une sensation de chaleur et d'irritation sur la lèvre, principalement après la marche. Il n'y a d'abord que très-peu de gonflement; mais au bout de quelque temps, les parties se tuméfient, la malade éprouve une démangeaison insupportable et s'aperçoit d'un écoulement aqueux très-abondant mélangé de sang. Quelquefois cet écoulement devient très-âcre et excorie les parties voisines.

[[(1) « La maladie décrite par l'auteur sous le nom de *tumeurs aqueuses des grandes lèvres* n'est pas certainement autre chose que l'eczéma de la vulve. Si nous comparons sa description avec la suivante donnée par Nonat *, nous verrons qu'il n'y a guère de doute.

« L'eczéma de la vulve, dit Nonat, se reconnaît aux signes suivants : tuméfaction ordinairement légère des grandes ou des petites lèvres, rougeur assez intense, parfois très-vive, en plaques irrégulières ; éruption plus ou moins confluente de petites vésicules ou de vésico-pustules qui se rompent et font place à des érosions superficielles ; suintement d'un liquide abondant séreux ou séro-muqueux, collant, visqueux, empesant le linge d'une âcreté telle qu'il irrite les parties sur lesquelles il s'écoule et y propage l'éruption ; démangeaisons extrêmement vives, souvent intolérables et poussant inévitablement les malades à se gratter jusqu'au sang. »

Il doit résulter de cette manière d'envisager la maladie que l'on ne devra pas avoir recours à un moyen aussi radical que celui conseillé par l'auteur, qui dans ce cas conseille l'extirpation de la partie malade. Il faudra s'en tenir dans la période aiguë de la maladie aux lotions émollientes, aux bains tièdes émollients, à quelques légers purgatifs et à un régime dont il faut exclure les aliments épicés, les alcooliques.

Après la période aiguë, on emploiera les amers, les préparations iodées, les préparations arsenicales.]]

(*) Nonat, *Traité prat. des malad. des femmes.* 2e édition.

A l'examen, on trouve la lèvre augmentée de volume par suite de la présence de cette tumeur mollasse. Le tissu est assez résistant, lobulé ou divisé par des fissures; la coloration est celle des tissus environnants, peut-être un peu plus foncée. Cette tumeur n'est pas œdémateuse, bien que les parties environnantes le deviennent quelquefois, et il est rare qu'elle fasse une saillie de plus d'un tiers ou d'un huitième de pouce au-dessus du niveau de la peau.

De la surface et surtout des interstices qu'elle présente, il s'écoule un liquide transparent dont la quantité varie suivant la constitution du malade et suivant la température : ce liquide est plus abondant quand la température est humide et la constitution de la malade débilitée. Au toucher, la tumeur n'est pas douloureuse et offre une sensation de résistance.

Rump (1) a écrit qu'à la coupe ces tumeurs présentaient une hypertrophie considérable des téguments et du tissu aréolaire des lèvres. Elles sont probablement le résultat d'un état demi-inflammatoire chronique et n'ont certainement rien de cancéreux.

§ II. — Diagnostic.

1° A première vue, on pourrait confondre ces tumeurs avec les *tumeurs verruqueuses*, ou, si elles étaient d'un volume inaccoutumé, les prendre pour des tumeurs enkystées; mais un examen un peu attentif fera bien vite reconnaître les caractères distinctifs.

2° C. M. Clarke (2) fait remarquer qu'au premier abord cette maladie pouvait être confondue avec cette forme d'érysipèle connue sous le nom d'*herpès zoster;* mais, en observant avec plus de soin, on trouvera que les parties saillantes sont solides et qu'elles ne contiennent pas de liquide comme dans l'herpès.

3° Il faut aussi prendre garde de confondre l'*excoriation des lèvres* avec ces tumeurs aqueuses.

§ III. — Traitement.

Il semble qu'il y ait peu de chance d'une guérison radicale, sauf par l'excision que sir Clarke a pratiquée dans un cas avec succès. Rump a fait une fois la même opération, il a aussi réussi. Voici comment il décrit son procédé :

Observation I. — La malade étant placée dans la position de la lithotritie, la tumeur fut attirée en dehors de la vulve ; puis, tout près du clitoris et au niveau des petites lèvres, le chirurgien fit passer à travers la base de la tumeur un bistouri étroit, qui fut ensuite porté de haut en bas vers la fourchette, puis retiré complétement.

(1) Rump, *Provincial medical and surgical Journal*, 4 septembre 1850.
(2) Clarke, *Diseases of Females*, vol. II, p. 119.

Le bistouri fut alors réappliqué et dirigé de bas en haut vers le mont de Vénus. Par ce procédé, la lèvre fut rapidement enlevée. Le ligament rond fut mis à nu, trois petites artères ouvertes, mais il n'y eut même pas besoin de faire de ligatures. Les bords de cette longue plaie elliptique furent réunis par une suture entre-croisée et des compresses d'eau froide appliquées comme pansement.

Comme moyen palliatif pour obtenir un soulagement temporaire, on fait usage de poudres astringentes, telles que le sulfate de cuivre et l'amidon ; ou bien de lotions avec un mélange d'eau et d'esprit-de-vin, d'eau et de vin de Porto, de décoctions d'écorce de chêne, de thé vert, lesquelles me paraissent de beaucoup préférables aux poudres. Le repos, dans la position horizontale autant que possible, apportera du soulagement ; tandis que la station debout ou la marche augmenteront toujours les pertes et les douleurs locales.

Mais ce qui donnera toujours les meilleurs résultats, ce sont les soins apportés à l'état général : c'est en améliorant la santé que l'on préparera le mieux la guérison radicale des sujets. Il faut prescrire un régime fortifiant : du vin, de la bière de malt ; un air pur, principalement l'air de la mer ; des toniques végétaux ou minéraux. La malade de Rump paraît avoir retiré un grand profit de l'iodure de fer associé à des amers végétaux.

Je ne sache pas que l'iode ait été essayé, soit localement, soit intérieurement ; mais, par analogie, je serais porté à en recommander l'usage.

ARTICLE III

TUMEURS VARIQUEUSES DES LÈVRES.

Les tumeurs variqueuses se rencontrent chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Certaines femmes paraissent avoir une prédisposition toute spéciale pour cette affection ; mais cette prédisposition est toute locale, et l'existence des veines variqueuses aux jambes n'est pas une raison pour qu'il se produise des varices à la vulve ou aux lèvres.

La maladie est plus fréquente après quarante ans, quoiqu'on en rencontre des exemples beaucoup plus tôt. J'ai vu cette affection sur une jeune femme de vingt ans, qui n'avait eu qu'un enfant, et qui n'avait de varices nulle autre part. Chez les femmes qui ne peuvent plus avoir d'enfants, cet inconvénient paraît être sans danger et n'entraîner d'ailleurs qu'une gêne très-modérée. Cependant j'ai connu une personne qui se plaignait continuellement d'une sensation de plénitude et de pesanteur, et, dès qu'elle était restée debout un peu de temps, elle ressentait dans les parties un battement violent et elle éprouvait le besoin de soutenir les lèvres avec un bandage. Pendant la grossesse, tout naturellement, l'état des parties malades devient plus grave; les lèvres sont plus gonflées, les veines plus volumineuses, et il y a même quelques dangers à craindre pour le mo-

ment du travail ; car les tumeurs sanguines de la vulve sont quelquefois le résultat d'un état variqueux antérieur des vaisseaux.

§ I. — Diagnostic.

Dès que les parties malades sont examinées directement, toute difficulté de diagnostic disparaît ; les deux lèvres, ou plus souvent une seule, sont hypertrophiées et distendues par de nombreuses veines variqueuses de diverses dimensions, formant des nœuds, comme toutes les varices.

§ II. — Traitement.

Il est heureusement très-rare que la maladie exige aucun traitement, car je n'en connais aucun de réellement efficace. Des applications répétées de froid, un certain degré de pression établi au moyen d'un coussinet mou et d'une serviette ou d'un bandage en T, représentent assez bien toutes nos ressources. Le repos dans la position horizontale et la liberté du ventre sont des moyens adjuvants très-utiles.

ARTICLE IV

HYPERTROPHIE DES LÈVRES.

On sait que, sans qu'on en puisse trouver aucune cause appréciable, les grandes et les petites lèvres varient beaucoup dans leurs dimensions. C'est ce qui arrive surtout avec les petites lèvres, qui, chez un grand nombre de sujets, font une saillie considérable en dehors de la vulve. Il n'y a cependant rien de pathologique dans cette disposition, bien que je l'aie vu traiter comme telle par des médecins qui ont poussé l'ignorance jusqu'à enlever avec le bistouri les parties saillantes.

Mais à côté de cette conformation naturelle, quoique anormale, il survient parfois une maladie très-sérieuse, heureusement fort rare, qui consiste dans l'hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané des grandes lèvres. Cette hypertrophie peut être limitée aux grandes lèvres ; elle peut comprendre, en outre les petites lèvres et les parties internes de la vulve. La peau de ces régions devient épaisse et rude, et l'on trouve généralement une altération analogue sur d'autres points du corps.

On ne peut pas dire, en réalité, que cette affection ait des symptômes spéciaux : elle est caractérisée par l'augmentation de volume des parties, et donne lieu à quelque gêne mécanique pour marcher, s'asseoir, et parfois aussi pour se livrer aux rapprochements sexuels. L'affection peut-elle constituer un empêchement à l'accouchement ? Je ne le sais pas : les seuls cas que j'ai vus étaient sur des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants.

J'ai vu un exemple très-curieux de cette maladie.

Observation II. — La malade, qui était soignée par le docteur Atthil, était une domestique âgée de trente ans ; elle n'était pas mariée. Cette femme avait

dans l'épaisseur du pudendum une tumeur qui, après avoir été toujours indolente, avait donné lieu dans les derniers temps à une gêne si considérable et à de telles douleurs, que la malade avait été forcée de cesser tout travail et de garder constamment le lit. A l'examen, je trouvai que les grandes et les petites lèvres étaient considérablement hypertrophiées, principalement en haut et à droite. C'était du reste en ce point qu'existait la tumeur dont se plaignait la malade.

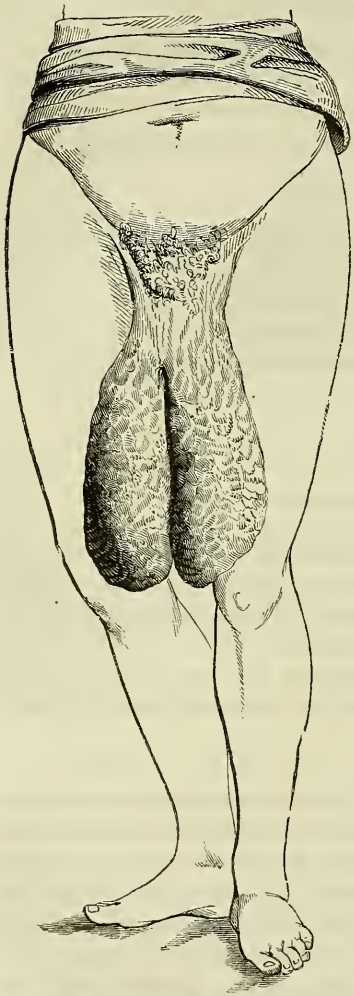


Fig. 34. — Exemple d'éléphantiasis observé par Rigal (de Gaillac).

Cette tumeur, de forme allongée, comprenait les grandes et petites lèvres droites, énormément hypertrophiées, et une partie des régions environnantes; le tout formait une masse irrégulière qui s'étendait en travers de l'orifice du vagin et l'oblitérait complétement. La face supérieure de cette tumeur était recouverte par la peau, qui ne jouissait en ce point que d'une très-faible sensibilité : la face inférieure était recouverte par la membrane muqueuse. La peau qui recouvrait le mont de Vénus participait aussi, dans une certaine étendue, à la maladie : elle était rude, épaisse et inégale. L'aspect de la peau rappelait de loin l'éléphantiasis. Après un examen attentif, il fut décidé que l'enlèvement était le seul remède efficace à proposer, et que l'écraseur serait ici préférable au bistouri, la malade étant maintenue sous l'influence du chloroforme.

« Je commençai l'opération, dit le docteur Atthill, en faisant passer un bistouri à travers la masse de la tumeur : sur la lame de l'instrument, je fis glisser une sonde, à laquelle était attachée la chaîne de l'écraseur. De cette manière, toute une moitié de la tumeur allait être circonscrite à la fois par l'écraseur et enlevée. L'instrument étant bien ajusté, je commençai par le segment inférieur de la tumeur. Il fallut neuf minutes pour le premier temps. L'écraseur fut ensuite immédiatement remis en place pour enlever le segment supérieur : il fallut sept minutes pour le deuxième temps, en tout seize minutes, pour enlever complétement la tumeur, et pour la durée totale de l'opération, depuis le début jusqu'à la fin du pansement, vingt minutes. Sans aucun doute, c'est fort longtemps ; mais, grâce au chloroforme, la malade ne

souffrait pas et je ne pense pas qu'elle ait perdu deux onces de sang : la surface de la plaie était nette et unie, et il n'y eut même pas une ligature à appliquer. »

La malade se rétablit promptement. Quelque temps après, elle fut atteinte sur l'autre lèvre de la même affection. La même opération fut pratiquée et avec le même succès. Depuis lors, la femme s'est mariée et a eu un enfant (1).

[A côté des faits qui viennent d'être cités, nous rappellerons un cas très-remarquable d'éléphantiasis observé par Rigal (de Gaillac) (fig. 34).]

Cette forme de maladie peut, comme dans l'exemple que nous venons de rapporter, être bornée aux grandes lèvres, soit aux deux à la fois, soit à l'une d'elles seulement ; ou bien elle peut envahir les grandes et les petites lèvres, soit d'un seul côté, soit des deux côtés. Grâce à M'Clintock, je suis à même de rapporter un exemple de cette dernière forme de la maladie (fig. 35).

Observation III. — *Hypertrophie syphilitique de la petite lèvre gauche.* — Une jeune femme, d'une conduite un peu équivoque, était accouchée, à l'hôpital des Femmes en couches, d'un enfant avant terme, qu'elle affirmait être son

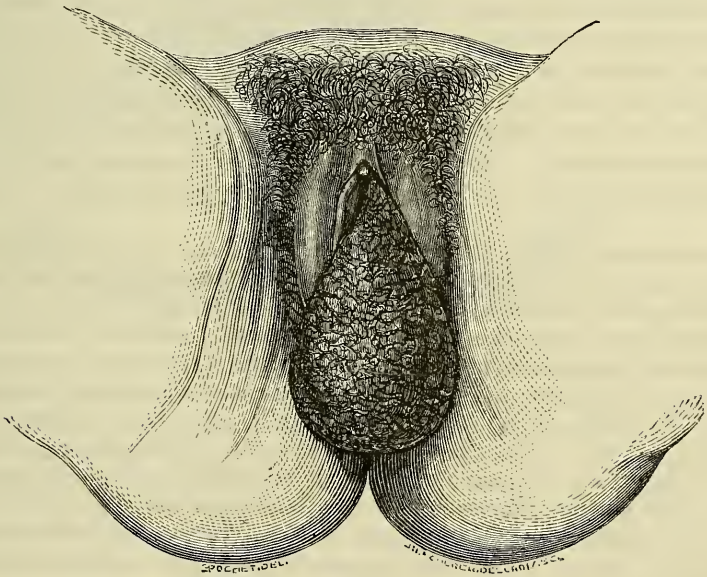


Fig. 35. — Hypertrophie syphilitique des nymphes (M'Clintock).

premier. Il était venu mort et dans un état de décomposition déjà avancé. La petite lèvre du côté gauche avait le volume d'un gros œuf de dinde : elle était profondément fendue à la surface et d'une teinte noirâtre. Cette augmentation considérable de volume était due en partie à un œdème, qui disparut

(1) *Dublin Journal*, vol. XXIV, p. 233.

bientôt après l'accouchement, laissant une tumeur moins volumineuse, mais plus ferme et plus rugueuse. Cette malade présentait en outre, sur différentes parties du corps, les restes d'une éruption lépreuse. Elle ne voulut écouter aucune proposition d'extirpation de sa tumeur, qui ne semblait, du reste, que lui causer très-peu de gêne.

SECTION II

MALADIES DE LA VULVE, DU CLITORIS ET DE L'URÈTHRE.

CHAPITRE PREMIER

TUMEURS DE LA VULVE.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS VERRUQUEUSES DE LA VULVE.

[[VÉGÉTATIONS DE LA VULVE.]]

Ces tumeurs se présentent tout à la fois isolées et par groupes, généralement suspendues par un pédicule fixé sur l'un des points des organes génitaux externes. Leur dimension varie beaucoup, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de dinde; parfois même ces tumeurs sont encore plus volumineuses. Dugès (1) raconte en avoir excisé une qui avait trois pouces de diamètre. M. Bryden, de Manchester, m'a communiqué les notes suivantes sur un exemple de tumeur encore plus volumineuse :

Observation I. — Rose Blanche, âgée de trente ans, n'a jamais eu qu'un enfant : elle raconte qu'il y a deux ans à peu près, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur, du volume d'une noix, dans l'épaisseur de la lèvre droite. Depuis lors, cette tumeur s'est peu à peu développée jusqu'à ce qu'elle fût arrivée à ses dimensions actuelles. Aujourd'hui elle est irrégulière et tuberculeuse ; elle a quelque chose de la forme du sablier ; elle a envahi les petites lèvres, le clitoris, les grandes lèvres, elle est beaucoup plus volumineuse à gauche qu'à droite : elle a un pédicule très-solide ; l'utérus est encore complétement intact. Cette femme n'a jamais eu d'ulcération syphilitique ou autre, mais pendant plusieurs années, elle a été atteinte de leucorrhée ; ses règles étaient irrégulières. Elle n'avait jamais ressenti aucune gêne de cette tumeur, bien que le poids fût considérable, jusqu'à il y a huit jours, époque à laquelle les parties s'ulcérèrent et laissèrent écouler du sang. Cet écoulement a cette horrible odeur qui caractérise si bien les tumeurs fongueuses. Depuis le début de l'ulcération, cette femme a été en proie à des douleurs si violentes, qu'elle n'a plus pu dormir; l'appétit est nul ; la soif ardente ; il y a des nausées et même des vomissements d'un liquide verdâtre, d'une amertume extrême. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre ; le pouls est régulier. La tu-

(1) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 644.

meur mesure sept pouces de longueur, et sur trois points différents la circonférence est de dix pouces, sept pouces et demi et neuf pouces.

Observation II. — Une femme de trente-cinq ans était mariée depuis dix ans et avait eu, un an après son mariage, un enfant mort-né. Depuis lors, plus de grossesse. Très-peu de temps après son mariage, elle gagne de son mari une maladie vénérienne. L'hypertrophie des petites lèvres a été toujours en augmentant dans ces derniers six mois, et aujourd'hui chaque lèvre est à peu près aussi volumineuse qu'un œuf de poule. Ces parties sont d'une teinte pâle œillet, elles sont profondément divisées par des fissures, en sorte qu'elles pré-

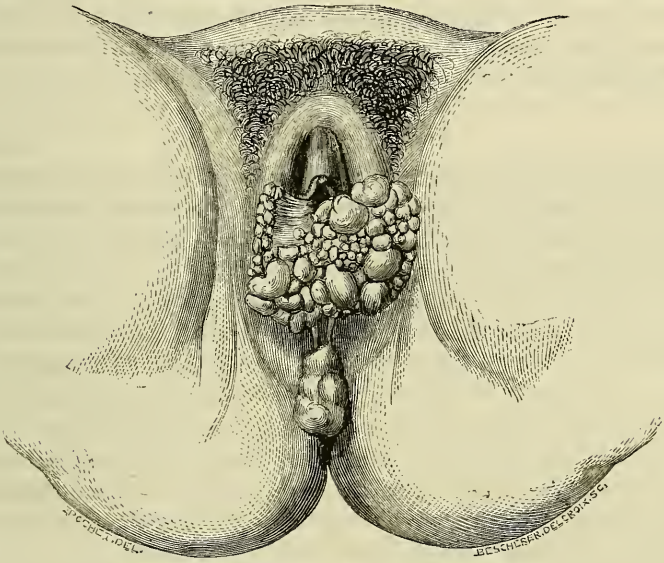


Fig. 36. — Tubercule des nymphes (M'Clintock).

sentent d'une manière frappante un aspect lobulé et tuberculeux. Cette femme a ses règles à époque fixe, mais elle perd continuellement par la vulve un liquide aqueux, jaunâtre, qui entretient dans les parties un état ulcéreux et très-douloureux : depuis plusieurs mois, tout rapprochement sexuel est intolérable. M'Clintock, après avoir soumis sa malade aux inhalations de chloroforme, enleva simultanément les deux petites lèvres, se servant de deux écraseurs afin d'abréger l'opération. Il eut tout fini en quinze minutes. Une petite artériole donna d'abord beaucoup de sang, mais le froid et une pression continuée pendant deux heures arrêtèrent l'hémorrhagie ; la guérison de la malade fut rapide et complète.

J'ai vu un exemple de tumeur unique, du volume d'un œuf de poule, qui tenait à la partie supérieure de la lèvre droite par un pédicule de plus d'un pouce de long ; c'était chez une fille de vingt ans.

Ces excroissances ont le plus ordinairement leur point de départ dans la

partie externe des lèvres ; mais elles ne sont pas nécessairement bornées à ces régions, et elles peuvent s'étendre jusqu'au vestibule. Grâce à l'obligeance de Wilmot, j'ai vu un cas dans lequel les organes externes ne formaient qu'une masse de verrues recouvrant et oblitérant la vulve, et cela chez une enfant qui n'avait pas plus de dix ans.

Ashwell (1) dit qu'elles se développent parfois dans les petites lèvres, commençant sous forme de petits corps très-vasculaires, fongueux ; plusieurs de ces corps s'agglomèrent et bourgeonnent rapidement ; quelquefois ils se forment en grappes autour de l'urèthre ou s'implantent sur le vestibule ou le clitoris. Les tumeurs verruqueuses de cette espèce sont d'une texture molle, saignent facilement et sont souvent le siége d'une très-vive sensibilité. Elles donnent lieu à des pertes blanches très-abondantes et d'une odeur fétide.

§ I. — Symptômes.

En règle générale, les malades se plaignent rarement soit de douleurs, soit même de sensibilité locale, à moins que les parties ne soient enflammées ou excoriées par un écoulement âcre ; il en est du moins ainsi dans les premiers temps de la maladie.

Il y a presque toujours un peu d'écoulement ; et si l'on n'a pas soin de faire des ablutions abondantes, cet écoulement devient très-vite une cause d'irritation. Une fois la tumeur devenue volumineuse, les malades éprouvent de la gêne soit pour marcher, soit pour s'asseoir, soit pour prendre toute autre position qui entraîne un frottement ou une pression.

A première vue, la nature de la maladie devient évidente : des excroissances, variant en nombre et en volume, partant de l'une ou des deux grandes lèvres, ou encore de l'intérieur de la vulve : excroissances dont la coloration est la même que celle des tissus environnants.

A l'intérieur de ces tumeurs, on trouve quelquefois de petits kystes remplis par un liquide clair et séreux, ou bien par du pus. Ces kystes sont entourés par du tissu cellulaire condensé. Plus ordinairement encore, ces tumeurs sont solides et formées par de la peau, du tissu cellulaire et des glandes sébacées hypertrophiées. De temps en temps il se fait de la suppuration à l'intérieur, et si la guérison ne se fait pas rapidement, à ces sortes d'abcès succèdent des ulcères très-rebelles.

§ II. — Causes.

Dans beaucoup de cas, ces tumeurs sont sans aucun doute d'origine syphilitique : elles peuvent même se produire sur le siége d'anciens chancres ; mais on en voit aussi qui sont indépendantes de toute origine suspecte.

[[On n'admet plus guère aujourd'hui la nature syphilitique des végé-

(1) Ashwell, *Diseases of Women*, p. 709.

tations. Je ne parle pas des végétations qui se développent sur des plaques muqueuses et décrites sous le nom de *plaques muqueuses végétantes ;* voici à ce sujet l'opinion de M. Alph. Guérin (1) : « La nature des végétations n'est pas syphilitique ; les causes irritantes les plus diverses produisent cet accident local qui reste toujours une manifestation limitée au point où elle s'est développée et qui ne dénote jamais une contamination constitutionnelle. C'est une hypertrophie des papilles du derme. » Et ailleurs : « Les végétations prennent naissance sous l'influence de l'action irritante des produits d'une sécrétion morbide. »]]

§ III. — Traitement.

L'excision est, pour un temps du moins, un moyen certain de guérison ; mais la guérison n'est pas toujours définitive. Ces tumeurs sont sujettes à récidive.

Elles peuvent s'enlever avec le bistouri, les ciseaux ou la ligature. Avec le bistouri, il y a parfois des accidents d'hémorrhagie que l'on arrête par des applications styptiques ou avec la cautérisation. On peut aussi, et c'est ce procédé qui m'a toujours le mieux réussi, faire une application vigoureuse de caustique à la racine de la tumeur une fois la verrue enlevée ; on fait une seconde application vingt-quatre ou quarante-huit heures après la première. Dans quelques cas, les cautérisations employées seules et sans ablation antérieure avec le bistouri ont été suivies de succès.

Dewees (2) dit avoir guéri cette affection en laissant les parties aussi peu couvertes que possible et en saupoudrant les excroissances avec de la craie. « Il est remarquable de voir, dit-il, avec quelle rapidité ces productions parasites perdent leur vitalité, dès qu'on les met à l'abri de toute humidité. »

Dans les cas où il y aurait lieu de soupçonner la syphilis, il sera nécessaire de faire prendre du mercure à l'intérieur, et il pourra être utile de faire des onctions mercurielles sur les tumeurs mêmes. Le repos est de toute nécessité après l'opération ; il faut prescrire un régime tonique et maintenir le ventre libre.

ARTICLE II

TUMEURS FIBRO-CELLULAIRES ET LIPOMES DE LA VULVE.

Je ne pense pas que les tumeurs de cette espèce soient communes dans ces régions ; on en a du moins cité peu d'exemples. Elles ne donnent lieu à aucun accident sérieux, elles n'occasionnent qu'un peu de gêne et une sensation légère de tension. Toutefois, si peu graves que soient ces symptômes, on sait que, chez les femmes nerveuses, la seule idée d'un

(1) Alph. Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme.* 1864.
(2) Dewees, *Diseases of Females*, p. 25.

trouble quelconque dans ces organes, le moindre fait qui appelle leur attention de ce côté est souvent une cause d'ennui et de chagrin.

La tumeur peut exister soit dans les petites lèvres, soit dans une partie quelconque de la vulve. Tant qu'elle est petite, elle passe inaperçue ; elle s'accroît peu à peu, et un beau jour, soit par accident, soit par suite de l'inflammation à laquelle elle a donné lieu, la malade s'aperçoit de son existence. Elles n'ont, du reste, rien de spécial, et se produisent à tout âge et dans toutes conditions. L'observation que je vais rapporter a trait à une jeune fille; grâce à M. Clintock, j'ai vu un lipome d'un pouce et demi de long qui sortait de la vulve d'une enfant de deux ans. L'enfant guérit très-rapidement.

Il est extrêmement difficile de distinguer les lipomes des tumeurs enkystées, et, pour y arriver, il faut avoir recours au trocart explorateur.

Le fait suivant est l'histoire d'une jeune femme que j'ai eu à soigner :

Observation I. — Cette jeune femme, âgée de vingt-quatre ans, s'était aperçue de l'existence d'une tumeur dans l'épaisseur de la vulve ; elle n'en avait jamais souffert, mais la seule idée de l'existence de cette tumeur était un ennui extrême pour elle. Elle crut remarquer que tantôt elle était plus volumineuse et tantôt plus petite, pour revenir ensuite à son volume primitif. Elle s'était accrue très-lentement; la santé de la jeune femme était bonne, les fonctions menstruelles parfaitement régulières. En écartant les lèvres, j'aperçus une tumeur d'à peu près un pouce de long sur un demi-pouce de large, et qui était située immédiatement au-dessous de l'orifice de l'urèthre. Je ne puis dire qu'elle fût positivement pédiculée, mais elle était beaucoup moins large à sa base que dans le reste de son étendue. Au toucher, cette tumeur était molle, élastique et donnait la sensation d'un liquide contenu dans un sac assez mince. En réalité je crus à une tumeur enkystée; je vis que je pouvais l'isoler et que son pédicule était distinct de la membrane muqueuse. Au lieu donc de l'ouvrir ou de passer un séton au travers, je me déterminai à l'enlever, ce à quoi j'arrivai sans difficulté, avec l'aide de mon ami le docteur Power.

Au moment de l'opération, il s'écoula un peu de sang que nous arrêtâmes avec la compression et le froid, et en quelques jours la malade était tout à fait guérie : dès le second jour, le point où avait germé la tumeur était à peine perceptible. La tumeur, une fois ouverte, fut trouvée composée seulement de tissu adipeux séparé par des cloisons cellulaires et enveloppée dans une capsule générale fibro-cellulaire.

J'ai enlevé une tumeur semblable de la petite lèvre droite d'une autre malade.

Grâce à Fleming, j'ai vu dans cette région une énorme tumeur de consistance solide, dont je veux parler à cause de l'intérêt qu'elle présentait.

Observation II. — La malade était une fille bien portante âgée de vingt-cinq ans ; elle attribuait sa tumeur à une chute qu'elle avait faite six mois aupara-

vant. Les symptômes principaux étaient des douleurs dans les reins, une irritation de vessie qui dans les derniers temps était allée jusqu'à de la rétention d'urine, une oblitération douloureuse du vagin et de la gêne dans la défécation. La tumeur occupait la partie postérieure de la fesse gauche, s'étendait en arrière sur le muscle fessier et en avant jusqu'au côté gauche de l'anus et du périnée et à la partie inférieure de la grande lèvre correspondante. Les téguments étaient d'une coloration et d'une consistance parfaitement naturelles et glissaient librement au-devant de la tumeur. La saillie était considérable et cependant la peau n'était point tendue. Quelques grosses veines paraissaient à la surface et peut-être y avait-il un peu de congestion capillaire. La surface était uniformément égale, on avait sous les doigts une sensation d'élasticité et les apparences les plus trompeuses de fluctuation. Le vagin et le rectum étaient envahis. Quand on saisissait cette tumeur avec la main, on éprouvait la résistance d'un corps fibreux, et par une légère traction, on s'assurait que cette tumeur était solidement fixée le long de la branche ischio-pubienne. Le doigt ne pouvait aller au-dessus des ramifications vaginales et rectales, et le plus minutieux examen ne pouvait faire découvrir rien d'anormal le long de l'épine ni dans les régions iliaque ou sacrée, au-dessus du bassin. La tumeur fut très-habilement enlevée par le docteur Fleming. Elle était très-profondément et très-solidement insérée sur les os du bassin au moyen de ligaments fibreux, principalement au niveau du pubis et de l'ischion; elle envoyait une ramification derrière la symphyse et le long des parois latérales de la vessie. La masse, une fois enlevée, pesait trois livres ; elle était de forme irrégulière, lobulée et comme ficelée à sa surface par de nombreuses expansions fibreuses dont la largeur et le degré de tension différaient.

Cette tumeur ressemblait ainsi beaucoup à une masse intestinale agglomérée au moyen du mésentère. La tumeur était, dans la plus grande partie de son étendue, d'une couleur gris cendré, par places elle était au contraire noirâtre et congestionnée, ce qui lui donnait encore plus l'aspect des anses intestinales. Elle était égale et luisante et des cordons fibreux passaient d'un bord à l'autre comme autant de liens ; entre ces cordons de tissu adipeux et sur les lobules on voyait de petits noyaux graisseux qui rappelaient absolument les appendices épiploïques des gros intestins. Dans son plus grand axe, cette tumeur mesurait plus de treize pouces, et sur plusieurs autres points, six, huit et dix pouces. La texture était généralement uniforme, à l'exception de quelques portions beaucoup plus compactes et plus résistantes. Le docteur Lyons en examina la structure au microscope et trouva qu'elle était composée de fibres très-fines, étroitement entrelacées les unes avec les autres. Quelques-unes étaient courtes avec une légère disposition à s'enrouler, d'autres minces et droites, mais comme interrompues par des nœuds; il y en avait encore quelques-unes extrêmement allongées (1).

La malade mourut de péritonite cinq jours après l'opération, bien que le péritoine n'eût pas été atteint pendant l'opération.

Je sais que cette tumeur peut à peine être appelée *tumeur de la vulve*, mais c'était un cas trop rare et trop important pour être laissé de côté, et il n'aurait pas été mieux placé à tout autre chapitre.

(1) Fleming, *Dublin Hospital Gaz.*, jan. 1, 1855, p. 359.

Un fait absolument semblable se présenta à l'hôpital Saint-Georges : on fit l'opération, et le résultat fut également funeste. Dans deux autres cas qui furent observés par B. Brodie et par Keate, les malades furent opérées et guérirent.

L'enlèvement complet de ces tumeurs avec le bistouri me paraît être la seule méthode à employer, et si l'on craint de n'avoir pas tout enlevé, il faut, un ou deux jours après l'opération, faire une application vigoureuse de caustique.

CHAPITRE II

PRURIT DE LA VULVE.

Cette affection désagréable qui, à proprement parler, ne constitue qu'un symptôme, prend quelquefois de telles proportions qu'elle demande une description spéciale. Elle a lieu chez les femmes à toutes les périodes de la vie. Cependant elle est rare avant un certain âge ou avant le mariage. Je l'ai rencontrée chez des femmes non mariées, après l'accouchement, et enfin chez des femmes très-âgées.

§ I. — Symptômes.

La patiente éprouve une démangeaison intolérable à la vulve avec des sensations de brûlure, de picotements, de pincements souvent insupportables. La souffrance est extrême, pire qu'aucun autre genre de douleur, et va presque jusqu'au délire. Malgré tout sentiment de pudeur, il est presque impossible que la malade résiste au besoin de se gratter, quel que soit l'endroit où elle se trouve. Elle éprouve alors un soulagement momentané ; mais presque toujours le remède augmente le mal. Dans quelques cas, la démangeaison n'est pas limitée à la vulve, mais s'étend dans le vagin jusqu'au col utérin, et cause alors une douleur vive, une agitation extrême, la perte du sommeil, etc. J'ai remarqué que cette extension du mal était souvent une conséquence de l'accouchement.

Dans des cas graves, quand les parties sont très-douloureuses, il n'y a pas d'excitation génésique, mais dans des cas plus légers, où les frictions ne sont pas douloureuses, elles éveillent des sensations d'une autre nature et qui augmentent à mesure qu'on satisfait aux désirs qu'elles provoquent ; alors la malade arrive à tomber dans la mélancolie et devient insociable. La solitude l'attire et l'abandonne sans contrôle à tous les écarts de son imagination. Son esprit, influencé par l'excitation sexuelle, est envahi par des pensées lascives et des désirs impurs. Sa conduite à l'égard du sexe masculin montre bientôt l'influence des désordres physiques. En un mot, on voit bientôt la maladie dégénérer en nymphomanie. Je ne dis pas que cette terminaison soit fréquente ; rarement, au contraire, la maladie

prend cette tournure. On arrivera la plupart du temps à la prévenir en mettant aussitôt un frein à ces démangeaisons.

Lorsque le prurit vulvaire survient pendant la grossesse, il peut provoquer l'avortement ou un accouchement prématuré, comme dans l'observation publiée par Maslieurat-Lagémard (1) ; et il paraît que dans ce cas le traitement ordinaire réussit moins bien que *d'habitude*. Cet insuccès peut provenir de ce que l'on n'est pas arrivé au diagnostic de la cause, comme semblent le prouver les observations qui suivent.

Observation I. — Madame D..., âgée de trente-deux ans, est petite, mince, d'un tempérament nerveux. Elle est habituellement bien portante et bien réglée ; elle est blonde ; elle a la peau blanche et très-belle, et sur aucune de ses parties elle n'a jamais remarqué la plus légère éruption.

Elle est devenue enceinte pour la première fois à l'âge de vingt et un ans. Cette grossesse, comme toutes celles qui ont suivi, s'annonça par la cessation des menstrues, par du malaise, du dégoût, des envies de vomir, des vomissements rares. Tous ces légers accidents, qui le plus souvent sont inhérents à la grossesse, se dissipèrent promptement, et au bout de six semaines ou deux mois, madame D..., mangea et se porta aussi bien qu'elle l'avait fait jusqu'alors.

Elle ne s'apercevait pour ainsi dire pas de sa grossesse, lorsqu'au sixième mois, et sans aucune cause appréciable, elle commença à éprouver des démangeaisons assez vives qui se manifestèrent presque instanément sur toute l'étendue de la peau ; les jambes, les cuisses, les parties génitales, tout le tronc, le cou, la face, le cuir chevelu, les membres supérieurs, rien n'y fut soustrait, si ce n'est toutefois la paume des mains ; peu à peu ces démangeaisons devinrent de plus en plus vives et sur toutes les parties en même temps. Vers le huitième mois, elles duraient alors depuis six ou sept semaines, elles se manisfestèrent dans la paume des mains, et en même temps sur les parois abdominales, mais avec une intensité telle, que madame D... exerçait des frottements assez forts pour se déchirer la peau. Ces frottements involontaires des mains sur le ventre, parties les plus douloureuses, furent poussés au point qu'ils déterminèrent un accouchement prématuré qui eut lieu à huit mois, huit jours environ après que les démangeaisons eurent envahi la paume des mains.

L'enfant était mort.

A peine fut-elle délivrée qu'elle fut en même temps délivrée presque instantanément des douleurs si violentes que lui avaient causées ces démangeaisons ; et, à dater de ce moment, elle n'en ressentit plus la plus légère atteinte.

Pendant toute la durée de sa grossesse, et pendant que ces démangeaisons si vives la tourmentaient à un si haut degré, la peau conserva sa transparence, sa blancheur et sa couleur naturelles. On ne remarqua sur aucune partie du corps le moindre changement de couleur ni le plus léger bouton.

Madame D..., qui depuis son accouchement n'avait plus ressenti rien d'anormal dans son état, peu de temps après devint enceinte pour la deuxième fois.

(1) Maslieurat-Lagémard, *Gazette médicale*, 1848, p. 204.

Pendant les six premiers mois, elle n'éprouva rien de particulier, si ce n'est les légers accidents que j'ai signalés à sa première grossesse. Vers le sixième mois, les démangeaisons qui avaient paru à la même époque de sa première grossesse se manifestèrent de nouveau avec des caractères complétement identiques. Toute la surface de la peau devint douloureuse, sans trace ni d'inflammation ni d'éruption aucune. La paume des mains fut seule exceptée, comme la première fois. Au bout de cinq semaines, la paume des mains commença à devenir douloureuse : la douleur des parois abdominales augmenta en même temps d'intensité, et, huit jours après, cette douleur fut assez vive pour déterminer un accouchement qui eut lieu à sept mois et demi. L'enfant était mort.

A peine délivrée, tout ce cortége de douleurs cesse immédiatement, pour ne plus reparaître. Aucun accident ne vient compliquer les suites de couches.

La troisième grossesse fut plus heureuse. Sans changer de régime ni de manière de vivre, elle parvint jusqu'à huit mois et demi sans rien éprouver. A cette époque, les démangeaisons apparaissent avec les mêmes symptômes qu'aux deux grossesses précédentes; mais comme il leur avait fallu deux mois à la première et six semaines à la seconde pour arriver à leur période, le terme de la grossesse et l'accouchement naturel s'opposèrent à cette progression régulière. La paume des mains ne devint pas douloureuse comme antérieurement, et madame D... attribua cette absence de douleur à l'apparition plus tardive de cet état si particulier.

Aussitôt après l'accouchement, tout rentra daus l'ordre ordinaire.

L'enfant, bien conformé, vint vivant et vécut.

La quatrième grossesse fut en tout point semblable aux deux premières. A six mois, apparition des démangeaisons; accouchement à sept mois et demi; mort de l'enfant.

La cinquième grossesse ressemble à la troisième; les démangeaisons ne commencent qu'à huit mois et demi; elles n'ont pas le temps d'acquérir leur intensité habituelle. L'accouchement a lieu à terme; l'enfant vit encore.

A la sixième grossesse, les démangeaisons apparaissent à six mois; elles durent deux mois; elle accouche à huit; l'enfant ne vit que quelques jours.

Elle est devenue enceinte pour la septième fois le 1er décembre 1845; les démangeaisons n'apparaissent qu'à sept mois et demi; elle accouche le 17, août, à huit mois et demi. L'enfant était mort. Elle ne le sentait plus remuer depuis huit ou dix jours. Malgré leur moindre durée, les démangeaisons suivirent leurs phases habituelles. La paume des mains devint douloureuse quelques jours avant l'accouchement.

La huitième grossesse date du 8 décembre 1848. Les démangeaisons surviennent à sept mois; elle accouche à huit mois et demi. L'enfant ne vit que quelques jours.

J'ai rencontré plusieurs cas analogues. La démangeaison revenait à des intervalles plus ou moins éloignés, mais n'atteignait pas à ce degré-là. Une fois, il y eut un écoulement irritant qui produisit chez le mari des excoriations. L'examen me fit constater que le vagin était parfaitement sain; mais il existait une érosion granuleuse du col. La femme était au troisième mois de sa grossesse.

Dewees a observé un état aphtheux de la muqueuse vulvaire dans quelques cas, pendant la grossesse. Il en décrit un fait de la façon suivante (1) :

Observation II. — Une dame dont le mari était plus connu par ses habitudes galantes que par ses vertus domestiques fut atteinte, pendant sa grossesse, d'un prurit vulvaire extrêmement intense. Croyant à une affection vénérienne, elle me fit mander, et me donna des renseignements qui me firent croire à la réalité de ses appréhensions. Je demandai un examen direct. En écartant les grandes lèvres, toute la surface de la vulve, le vagin, aussi loin que le regard pouvait pénétrer, étaient couverts d'une éruption aphtheuse des plus confluentes. Je rassurai ma malade et lui affirmai que l'affection n'était pas de la nature qu'elle redoutait, mais bien une de celles dont je croyais pouvoir la débarrasser rapidement. Je prescrivis une forte solution de borax dans l'eau, dont elle ferait des lotions cinq ou six fois par jour ; en même temps elle en ferait pénétrer dans le vagin le plus qu'elle pourrait. Elle suivit la prescription et fut guérie en vingt-quatre heures.

Quand le prurit vulvaire se montre après l'accouchement, la douleur est très-véhémente et augmente encore par l'attrition des parties génitales. Souvent il cesse de lui-même en même temps que les lochies se suspendent, à moins qu'un traitement approprié n'en ait fait justice auparavant.

En pareil cas, il faut toujours procéder avec grand soin à un examen interne et externe. Souvent il n'existe à l'extérieur aucun signe qui révèle la maladie. D'autres fois, on n'observe que les traces des frottements auxquels les parties ont été soumises. Ordinairement alors le spéculum m'a révélé la véritable nature de l'affection. Souvent au contraire un examen extérieur m'a montré une irritation locale, des excoriations, une éruption, avec gonflement et rougeur des parties génitales externes.

§ II. — Causes.

Les causes sont très-variables, souvent obscures; la sécrétion des glandes sébacées, très-nombreuses dans cette région, devient quelquefois une source d'irritation lorsqu'on la laise s'accumuler surtout pendant la saison chaude. La démangeaison peut aussi être due à une éruption circonscrite d'eczéma, de lichen ou de prurigo (2), ou aussi à l'inflammation aphtheuse.

Davis cite un cas où il a cru pouvoir attribuer le prurit à l'abondance des poils : il en débarrasse la malade en détruisant les poils au moyen d'une pommade à la chaux vive (3).

Blundell pense que, malgré la sensation de prurit très-marqué dans la vulve, le siége de la maladie est surtout dans la muqueuse utérine elle-même (4); et nous savons qu'il n'est pas rare, surtout à une époque avan-

(1) Dewees, *Compendious System of Midwifery*, p. 123.
(2) Tournié, *Union médicale*, 16 janvier 1851.
(3) Davis, *Obstetric Medicine*, vol. I, p. 35.
(4) Blundell, *Diseases of Women*, p. 276.

cée de la vie, d'observer le prurit vulvaire à un haut degré dans certaines maladies de l'utérus et de la vessie. Je suis, pour ma part, très-disposé à croire que ce prurit dépend souvent d'un certain degré d'inflammation du vagin, surtout à sa partie supérieure, ou même du col utérin; j'en trouve la preuve dans le succès obtenu par l'application de remèdes topiques sur ces parties.

En outre, le prurit vulvaire peut dépendre de la présence de vers à la partie inférieure du rectum, ou seulement d'une constipation très-prononcée.

La plupart de ces causes produisent la maladie, que la femme soit ou non enceinte. Pendant la grossesse, nous devons tenir compte de l'état de congestion de l'utérus.

Si après l'acouchement nous pouvions examiner l'utérus, je suis convaincu que souvent nous trouverions l'explication de ce phénomène. D'autres fois nous la trouverions certainement dans la nature même des lochies.

§ III. — Traitement.

L'indication du traitement doit se tirer du siége plus ou moins profond du mal, de l'intensité de l'affection, de la constitution de la malade. Tout d'abord, on fera bien de s'en tenir à des applications locales, dans le but de soulager la patiente. On ne doit pas compter sur une cure radicale, à moins de s'attaquer à la maladie primitive, et peut-être la disparition des symptômes extérieurs aurait-elle lieu aux dépens d'une maladie plus profonde et plus grave.

Dans les cas les plus simples, notre premier soin doit être d'éloigner les causes qui sont à notre portée. Les parties doivent être plusieurs fois par jour lavées avec du lait tiède et bien séchées. S'il existe des parasites pédiculaires, ils seront détruits au moyen d'applications astringentes, térébenthine, infusion de tabac, etc., ou bien encore on saupoudrera les parties de calomel en poudre, ce qui suffira souvent pour calmer rapidement la démangeaison.

Quand les symptômes aigus auront cédé, on aura surtout recours aux applications locales. Quelques médecins les préfèrent sous forme de pommades, d'autres sous forme de lotions. Je préfère de beaucoup les lotions : elles sont plus propres, et la chaleur les altère moins ; celle que j'emploie le plus souvent est faite avec une infusion de têtes de pavots et de l'acétate de plomb, à la dose de 2 grammes pour 1 litre de véhicule.

On s'est servi avec succès, dans certaines circonstances, d'une solution d'alun, de sulfate de zinc ou de sulfate de cuivre. On fait aussi une lotion utile avec de l'eau glacée ou simplement froide, aiguisée d'une petite quantité d'acide sulfurique ou nitrique. Il faut pourtant s'en défier, si l'irritation est très-vive. Dewees préfère à tous ces moyens une solution

de borax, et Meigs en cela partage son avis. La formule de Meigs (1) est la suivante :

Biborate de soude	15 grammes.
Eau de rose	120 —
Sulfate de morphine	30 centigr.

Mêlez et faites plusieurs lotions par jour.

Thompson a employé avec avantage l'acide prussique dilué, et Caron du Villards de l'eau de chaux.

L'acide cyanhydrique, dans une émulsion d'amandes, constitue une lotion très-calmante. On s'est également servi avec succès d'une solution de 5 centigrammes de sublimé corrosif dans 150 grammes d'eau distillée (2). Waller recommande beaucoup une solution de nitrate d'argent (25 ou 30 centigrammes pour 1 once d'eau) (3) ; mais, avec ce moyen, Blundell n'a jamais constaté qu'un soulagement momentané. Il se demande si des injections dans la cavité utérine ne seraient pas plus utiles (4). — Je ne sache pas qu'on ait jamais eu recours à ce moyen, et je crois qu'on devrait y apporter la plus grande circonspection ; car on a signalé des accidents graves à la suite de ces injections. On a essayé l'emploi d'une solution de créosote avec avantage. Les pommades employées sont celles à l'acétate de plomb, au nitrate de mercure ou au soufre. Les doses auxquelles ces substances sont employées varient suivant le degré d'irritation ; et avant chaque nouvelle application on devra laver avec grand soin les parties malades. A défaut de cette précaution, la pommade, en rancissant, deviendrait elle-même une nouvelle cause d'irritation.

Oldham recommande un liniment à l'acide cyanhydrique. Dans plusieurs cas, je m'en suis bien trouvé ; mais je préfère comme véhicule le cold-cream à l'huile. D'autres fois, je me suis servi d'une pommade à l'extrait de belladone.

Le traitement de Tournié consiste dans des onctions avec la pommade suivante :

Calomel	4 à 6 grammes.
Axonge	30 grammes.

Il fait, en outre, saupoudrer les parties malades avec la poudre d'amidon, à laquelle il ajoute, pour 100 grammes, 20 grammes de camphre.

Ce traitement paraît surtout lui avoir réussi dans les affections eczémateuses.

On a mis en usage une foule de traitements internes qui, le plus souvent, ont manqué leur but, si, concurremment, on n'employait un traitement externe. On a successivement préconisé les purgatifs, les diurétiques,

(1) Meigs, *Females and their diseases*, p. 78.
(2) *Monthly Journal*, april 1851.
(3) Denman's *Introduction* to Midwifery, p. 39.
(4) Blundell, *Diseases of Females*, p. 74.

l'opium, les altérants, la salsepareille; on a employé aussi l'acide sulfurique à haute dose (1). Dewees (2) et Ruan ont obtenu des guérisons au moyen du baume de copahu.

On peut certes avoir recours à ces divers moyens; mais, employés seuls, je n'y ai qu'une médiocre confiance; toutefois il est certain qu'on peut, avec avantage, administrer successivement une ou deux pilules bleues, suivies d'un purgatif salin, après lequel on administrera des toniques, si la constitution de la patiente l'exige.

Quand il n'y a pas de cause externe apparente, quand la démangeaison remonte haut dans le vagin, surtout pendant la grossesse ou dans un âge avancé, je conseillerai avant tout de procéder à un examen complet au moyen du doigt ou du spéculum, afin de traiter la maladie dans son origine. Dans les cas analogues à celui dont j'ai donné l'observation, une cautérisation avec le nitrate d'argent donne un soulagement immédiat, ou bien on emploiera l'injection avec le nitrate d'argent (1 gramme pour 150), ou bien encore des injections astringentes, ou enfin des injections à l'eau chaude seulement.

Après l'accouchement, on fera bien de s'en tenir à des injections d'eau et de lait chaud, jusque après la troisième semaine. Après ce temps, si les lochies ont diminué et que le prurit continue, on fera un examen complet, et le traitement sera dirigé comme nous l'avons indiqué.

En toute occurrence, je crois que l'emploi d'un de ces moyens suffira à guérir la maladie. Cependant il sera quelquefois nécessaire de *tâtonner*, et certains cas résisteront à tous les traitements imaginables.

Les malades observeront une diète modérée, privée de tout aliment épicé ou excitant; elles devront éviter autant que possible de se gratter.

CHAPITRE III

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE LA VULVE.

Cette affection peut survenir à toutes les époques de la vie, mais elle présente de notables différences, suivant l'âge où on l'observe.

Chez les enfants, l'inflammation occupe la muqueuse tout entière des organes génitaux externes; quelquefois, mais rarement, elle s'étend au vagin; elle est accompagnée d'un écoulement laiteux, purulent, très-abondant, avec des élancements, sans douleur continue. Elle se termine généralement par la résolution, rarement par ulcération ou gangrène. C'est là la *leucorrhée infantile* des auteurs. Et quoique plusieurs pensent que c'est une affection du vagin, mes observations personnelles m'ont presque toujours démontré que l'inflammation ne dépassait jamais les limites de la

(1) *Dublin Journal*, mars 1838.
(2) Dewees, *Diseases of Females*, p. 49.

vulve. Je l'ai certainement vue s'étendre au vagin, quelquefois même se terminer par ulcération, mais je suis convaincu que ce sont des exceptions à la règle. Je trouve la preuve de cette assertion dans ce que la maladie cède communément à des applications topiques à la vulve.

Chez les adultes, l'inflammation est souvent circonscrite, accompagnée d'un léger écoulement incolore, d'une douleur vive; elle se termine souvent par résolution, rarement par ulcération, jamais par la gangrène; c'est là du moins ce que mon observation m'a démontré.

Je décrirai séparément ces deux formes de la maladie.

ARTICLE PREMIER

LEUCORRHÉE INFANTILE.

La leucorrhée infantile est observée à toutes les périodes qui suivent la naissance, aussi bien chez des enfants à la mamelle que chez des enfants plus âgés : une mauvaise alimentation, les mauvais soins chez les enfants pauvres et mal tenus, prédisposent à cette affection.

§ I. — Causes.

Le froid, le dépérissement, une constitution mauvaise, de mauvais traitements, l'application de substances irritantes sur les parties, la malpropreté, sont les principales causes; enfin, l'irritation du gros intestin et du rectum agit quelquefois sympathiquement pour produire cette maladie. — On a constaté l'existence de cet écoulement dans des épidémies de catarrhe des muqueuses. Dans les observations citées par Kinder-Wood, de Manchester, et de Boivin et Dugès, à l'hôpital des Enfants malades de Paris, on voit que cette affection existait à l'état de véritable épidémie. Depuis quelques années, on en a observé un beaucoup plus grand nombre de cas dans cette ville, et une ou deux fois il y a eu une épidémie considérable. J'ai vu dans une famille trois petites filles atteintes de cette leucorrhée, sans qu'on pût faire intervenir dans sa production aucune cause locale ou générale.

On a aussi attribué cet accident (et c'est là une opinion très-répandue dans le peuple) à des tentatives criminelles. Percival (1) en cite un exemple. Il s'agit d'un garçon qui fut sur le point de subir la peine capitale pour un attentat de cette nature, et qui fut sauvé par ce fait seul qu'il existait d'autres cas analogues où l'on ne pouvait invoquer une pareille cause. La présence de cet écoulement ne peut, en aucune circonstance, être invoquée comme preuve d'un attentat criminel. On doit rechercher ces preuves dans des témoignages qui soient tout à fait indépendants de ce signe.

Mais comme on peut, en pareille occurrence, éprouver de très-grands

(1) Percival, *Medical Ethics*. London, 1827.

embarras, il ne sera pas inutile de s'appuyer sur une haute autorité. « Certaines circonstances, a-t-on dit, peuvent rendre le diagnostic très-embarrassant. Nous nous rappelons une observation dans laquelle deux sœurs, l'une de six, l'autre de quatre ans, étaient atteintes d'écoulement leucorrhéique, et où l'extrême jeunesse du coupable supposé aurait pu nous mener à une conclusion semblable, si la découverte d'un phimosis très-marqué n'eût mis la chose hors de doute. Un fait identique s'est présenté dans la clientèle d'un de nos amis (1). »

Observaton I. — Dupuytren fut consulté par une dame au sujet de sa jeune fille, chez qui elle observait depuis plusieurs jours un écoulement purulent, d'un jaune verdâtre, tachant fortement le linge, et d'une nature si âcre que la menstruation était douloureuse.

Dupuytren diagnostiqua un cas d'inflammation catarrhale des organes génitaux et prédit que très-probablement, dans la semaine, de nouveaux cas de la même nature se présenteraient à lui. La prédiction se réalisa. Tous ces enfants furent traités par de grands bains émollients tièdes et des lotions calmantes (2).

Taylor a rapporté nombre d'observations analogues (3). Plusieurs faits de cette nature ont été traduits devant les tribunaux. Wilde en a fait l'objet d'excellents rapports (4).

Sans entrer dans des détails très-circonstanciés, je ne puis m'empêcher de faire ici quelques remarques.

1° Le viol commis sur une enfant de moins de dix ans a toujours lieu bien évidemment sans son consentement. C'est un viol s'il y a eu pénétration, une tentative de viol dans le cas contraire; et l'on a décidé qu'il y avait pénétration quand le pénis a été introduit dans la vulve, c'est-à-dire, suivant moi, entre les grandes lèvres. Le crime peut être commis sans violence, par suite, on ne constatera aucune trace de violence. Dans ce cas le témoignage médical ne serait d'aucun secours.

[Amb. Tardieu (5) décrit les symptômes observés en pareil cas de la façon suivante : « Les grandes et petites lèvres sont gonflées et contuses, leur face interne ainsi que la membrane hymen et l'entrée du vagin sont le siége d'une rougeur très-vive et d'une douleur qui rend tout examen difficile et pénible, parfois même absolument impossible. Sur le bord et en dedans des lèvres grandes et petites, il n'est pas rare de rencontrer des excoriations, des érosions superficielles, parfois de véritables ulcérations. On a voulu donner aussi comme un caractère de cette inflammation vul-

(1) *British and Foreign medical Review*, vol. VI, p. 87.

(2) Dupuytren, *Journ. hebdomad.* et *Med. chir. Rev.*, vol. XXI, p. 524.

(3) Taylor, *Med. Jurisprudence*, p. 641 et suiv.

(4) Wilde, *Medic.-leg. Observ. on infantile leucorrhea*, et *Observ. médico-légales sur un cas de gangrène des parties génitales* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, 1859, t. XII, p. 347).

(5) Tardieu, *Étude sur les attentats aux mœurs*, 6e édit. Paris, 1872, p. 20.

vaire la formation d'ecchymoses sur les grandes lèvres. » Tardieu combat l'opinion donnée par Briand et Chaudé (1) qui, d'accord avec l'auteur d'un rapport médico-légal cité par eux, admettent que l'ecchymose est fréquemment le résultat de l'inflammation dans les tissus extrêmement vasculaires comme celui de la vulve. Il dit : L'extravasation sanguine qui constitue essentiellement l'ecchymose n'est pas le propre de l'inflammation, et, lorsque l'on rencontrera de semblables lésions sur les parties qu'on a lieu de supposer atteintes par les actes attentatoires, on devra les attribuer à des violences directes et non aux progrès de l'inflammation.]

2° Mais l'acte d'accusation porte généralement « ayant usé de violence et communiqué une maladie » et, cela fondé sur les apparences observées sur l'enfant. Maintenant si, après examen, l'accusé ne présente ni gonorrhée ni syphilis, cette partie de l'accusation tombe d'elle-même.

[Tardieu dit que le signe capital de l'inflammation vulvaire, résultat d'un attentat à la pudeur, consiste dans un écoulement purulent, d'un jaune verdâtre, assez abondant pour baigner toutes les parties extérieures et souiller la chemise de taches nombreuses, assez épais pour agglutiner en se desséchant les lèvres de la vulve. Il ajoute, en outre, que la marche de cette inflammation est remarquable par la rapidité du début. Quelques heures, suivant cet auteur, suffisent pour qu'elle éclate avec une grande intensité ; souvent, cependant, elle se fait attendre deux ou trois jours, rarement davantage. Cette inflammation, dans tous les cas, acquiert un degré d'excessive acuité que présentent bien rarement, *dans le même temps*, des inflammations dues à une autre cause.]

3° Une tentative violente de pénétration dans les organes génitaux d'une enfant ne peut pas ne pas laisser de traces, et la nature de ces traces ne doit pas tromper un médecin. Si l'examen a lieu peu de jours après le crime commis, il y aura un peu d'écoulement sanguin, une surface contusionnée ou lacérée. Après quelque temps, ces signes diminueront ou même disparaîtront; c'est pourquoi il est indispensable de noter le jour où l'on aura procédé à l'examen et la période de temps écoulée depuis le moment où le crime aurait été commis. On prétend que, sans employer aucune force, les frictions exercées par le pénis peuvent donner lieu à de l'irritation ou même à une vive inflammation ; mais sans parler de l'improbabilité qu'il y a à ce qu'un homme dans l'éréthisme vénérien prenne tant de précautions, je doute fort qu'une inflammation ainsi produite suive la marche de la maladie dont nous parlons.

4° Si l'accusé a une gonorrhée, la difficulté sera encore plus grande : on pourra, il est vrai, avoir des présomptions, mais cela ne prouverait pas que l'homme fût coupable. Comme je ne connais aucun moyen certain pour distinguer la gonorrhée infantile (si toutefois pareille chose existe) de la leucorrhée infantile, le procès doit se juger en dehors du témoi-

(1) Briand et Chaudé, *Manuel complet de médecine légale*, 8e édit. Paris, 1868.

gnage médical. Je dois ajouter que dans la classe inférieure de la société de ce pays, il y a un préjugé très-répandu : c'est la possibilité de guérir une gonorrhée rebelle par la copulation avec une petite fille.

[Je ne puis mieux faire que de citer textuellement ici les pages que A. Tardieu consacre aux difficultés qui peuvent surgir dans le diagnostic de la nature et de la cause des écoulements leucorrhéiques qui surviennent chez les jeunes enfants. « Ici, dit-il, se présente une grande difficulté dont je dois indiquer toute la portée en essayant de donner les moyens de la résoudre.

« Cette inflammation de la vulve, fréquente chez les petites filles, soulève en effet dans les cas d'attentat à la pudeur une double question relative à son origine et à sa nature. Les médecins qui ont pratiqué ou observé dans les hôpitaux consacrés à l'enfance, sont très-disposés, je le sais, à considérer comme très-ordinaire et très-naturelle l'affection dont j'ai esquissé les caractères; mais je suis très-convaincu, pour l'avoir souvent vérifié moi-même à l'occasion de missions de justice que j'avais à accomplir dans les hôpitaux, que ces faits d'inflammation vulvaire, réputée spontanée, sont souvent, en réalité, consécutifs à des violences criminelles. »

L'auteur rapporte les écoulements de la vulve à quatre ordres de causes distinctes :

1° A une leucorrhée constitutionnelle;

2° A une simple inflammation catarrhale;

3° A une irritation locale due à des violences directes;

4° A une inflammation spécifique ou blennorrhagique, c'est-à-dire à une cause vénérienne.

Les caractères diagnostiques peuvent être tirés de plusieurs indications plus ou moins importantes, mais dont aucune dans cette délicate matière n'est à négliger. Nous avons ici surtout en vue le diagnostic de l'inflammation vulvaire résultant d'un attentat à la pudeur compliqué d'une maladie communiquée par un contact impur. A ce propos, Tardieu, dont il faut toujours en pareille matière invoquer la grande autorité, tient le langage suivant : « Je n'hésite pas à dire que des attouchements, que des pressions ou des frottements exercés sur les parties sexuelles d'une petite fille par l'homme le plus parfaitement sain, peuvent produire une inflammation tout aussi aiguë et tout aussi violente, un écoulement tout aussi abondant et tout aussi épais que l'approche d'un individu atteint d'un écoulement blennorrhagique ou de toute autre maladie contagieuse. » L'examen microscopique, malgré les recherches de Bernutz, n'a présenté dans l'un et l'autre cas aucune différence qui vaille la peine d'être notée. Mais Tardieu insiste sur une particularité qu'il a eu l'occasion d'observer, et à laquelle les aveux de l'inculpé donnaient plus de valeur, c'est la turgescence extraordinaire des vaisseaux répandus à l'entrée du vagin et de la vulve et qui offraient l'apparence que présentent si fréquemment les

veines de la verge gonflées et le prépuce turgescent chez les individus atteints d'une chaude-pisse aiguë. Un signe beaucoup plus caractéristique est puisé dans le siége de l'écoulement. Dans la phlegmasie non blennorrhagique, lorsque l'on presse sur le périnée, la matière de l'écoulement sort plus ou moins abondamment par l'orifice du vagin et non par l'urèthre; dans l'inflammation spécifique, au contraire, on voit constamment l'écoulement se faire à la fois par l'urèthre et par le vagin.

Cette observation a été confirmée par l'autorité de Ricord (1).]

5° La leucorrhée infantile est quelquefois accompagnée d'une éruption eczémateuse. Souvent, en enlevant les croûtes, on trouve de légères ulcérations qu'on a regardées comme syphilitiques. Dans une circonstance analogue, Hamilton a tenté l'inoculation et Legendre a essayé la même expérience sans résultat. En pareil cas, j'hésiterai, et je m'en tiendrai à constater si l'homme est ou non atteint de la maladie incriminée.

[Quant aux exulcérations, érosions qu'on observe quelquefois chez les petites filles, Huguier (2) et Legendre (3) ont très-bien décrit les caractères qui distinguent les ulcérations consécutives à l'herpès ou à l'inflammation des follicules de la vulve de celles qui sont syphilitiques. Elles ont les unes et les autres des caractères communs, mais la disposition en groupe des ulcérations herpétiques ou folliculeuses suffira presque toujours à les distinguer. Leur marche et leur terminaison, l'absence de phénomènes secondaires dont l'apparition n'est généralement pas tardive, permettront d'assurer le diagnostic.

Tardieu signale encore la présence de petites végétations qu'il regarde comme produites par l'inflammation de la muqueuse, dont le volume varie depuis celui d'un gros grain de millet jusqu'à celui d'une petite lentille. Dans les cas où il a observé ces végétations, dit-il, elles ne pouvaient être attribuées à une maladie vénérienne communiquée, et étaient simplement le produit d'une irritation locale très-vive, analogue à celle que déterminent des frottements répétés, des attouchements violents et la tentative d'intromission du membre viril.]

6° Sachant que l'inflammation vulvaire ou la leucorrhée est fréquente chez les jeunes enfants et qu'elle peut régner épidémiquement, il faut d'abord s'enquérir si, au moment indiqué, l'épidémie ne sévissait pas.

7° Quand on nous présente une enfant atteinte de cette maladie, nous devons tout d'abord croire qu'il n'y a pas eu de violence, et il ne peut y avoir qu'une preuve bien évidente qui puisse nous amener à penser autrement. J'ai toujours trouvé (et j'ai vu un grand nombre de ces cas) que ma manière de procéder, en satisfaisant la mère, avait l'avantage de ne pas

(1) Ricord et Baudry (d'Évreux), *Consultation sur une accusation d'attentat à la pudeur* (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. XXII, p. 447).

(2) Huguier, *Mémoire sur les maladies des appareils excréteurs de la femme* (*Mém. de l'Acad. de médecine de Paris*, 1850, t. XV).

(3) Legendre, *Archives générales de médecine*, août 1853.

effrayer l'enfant; et l'on arrive plus facilement à découvrir la vérité qu'en suivant le mode d'investigation de A. Cooper et Wilde, lequel consiste à menacer d'abord l'enfant, puis à lui parler comme de source certaine du crime commis et de l'auteur du crime.

8° La mère peut être excusable d'adopter un pareil plan; dans aucun cas, il n'en sera de même pour un médecin. En général, on ne mettra pas l'enfant sur la voie; mais si déjà on a suivi ce procédé, on vérifiera la sincérité de l'enfant en lui imposant des questions dans un ordre et dans un sens tout à fait opposés.

Dans un cas où je fus consulté, un homme était accusé de violence envers deux de ses belles-sœurs. La mère, aidée du médecin et poussée par ses propres craintes, avait, au moyen de ses questions, pour ainsi dire fait la leçon à son enfant. Je montrai le peu de valeur qu'il fallait attacher à sa plainte en lui faisant, contrairement, donner son assentiment à des suggestions tout à fait en dehors de toute probabilité.

9° Le cas est tout à fait différent quand l'enfant vient se plaindre volontairement, aussitôt le crime commis, comme cela arriva dans une observation que m'a rapportée un de mes amis.

De pareils faits exigent une enquête approfondie. On examinera avec soin l'état des parties. S'il y a eu des violences commises, on est à peu près sûr d'en trouver des traces; sinon, on peut quelquefois, sur la chemise de l'enfant, constater la présence de spermatozoaires. Ce n'est pas encore là une preuve absolue qu'il y a eu viol, mais il y a eu au moins tentative de viol.

§ II. — Symptômes.

Le début de la maladie est signalé par un malaise local : des démangeaisons, une sensation de brûlure en urinant. La muqueuse est enflammée et gonflée; pendant quelques jours il n'y a pas d'écoulement. Le malaise éprouvé par l'enfant la porte à se gratter, ce qui augmente encore l'inflammation et la souffrance.

A une période plus avancée, on observe un écoulement peu consistant, presque incolore, qui bientôt devient plus épais et jaunâtre. Cet écoulement a souvent un caractère d'âcreté très-marqué, qui produit au pourtour de la vulve un cercle inflammatoire plus intense et quelquefois exulcéré. Les grandes lèvres sont souvent le siége d'une éruption eczémateuse. Si l'on écarte les lèvres, on trouvera la muqueuse très-vascularisée, d'un rouge foncé; mais il est rare que ces caractères s'étendent au vagin.

La douleur augmente avec les progrès de la maladie : les élancements et la brûlure deviennent intolérables, et la pauvre enfant ne peut marcher sans souffrir beaucoup. Il est rare de rencontrer aucun trouble général, à moins que la maladie ne soit la manifestation locale d'un catarrhe géné-

ral. Dans la majorité des cas, la maladie n'est ni très-pénible ni très-rebelle, et après un certain temps se termine par résolution.

Dans quelques cas plus graves que d'ordinaire, j'ai trouvé une ulcération d'étendue et de profondeur variables, en écartant largement les lèvres. Toujours je l'ai rencontrée à l'orifice du vagin et à la partie inférieure. Dans un cas, cette ulcération s'est montrée très-rebelle, mais sans prendre les caractères dont nous allons parler.

Les faits rapportés par Boivin et Dugès, comme survenant sous l'influence d'un état catarrhal de toutes les muqueuses, ont quelquefois présenté l'apparence d'un érythème, d'un érysipèle ou d'une éruption aphtheuse; d'autres fois on avait affaire à des ulcérations superficielles.

Dans les observations qu'il a pu faire à l'hôpital des Enfants malades, Dugès (1) a constaté deux variétés. Dans l'une, les sujets atteints étaient faibles, cachectiques, épuisés; puis survenaient des pustules et des croûtes, ou plutôt une gangrène superficielle de la peau. Dans l'autre, les enfants étaient forts, robustes, et il observait alors du gonflement, de la rougeur, de la douleur, et il constatait d'emblée un point ulcéré. Dans les deux variétés, il y avait des ulcérations à fond gris, taillées à pic, comme de véritables chancres : elles occupaient plutôt l'extérieur que l'intérieur des organes génitaux : elles s'étendaient comme si elles étaient frappées de phagédénisme ou de gangrène nosocomiale, dont elles présentaient tous les caractères. Dans la première forme, la fièvre augmentait à mesure que les ulcères s'étendaient, l'émaciation survenait, puis la mort. Dans la seconde forme, une véritable gangrène frappait quelquefois les organes; mais le plus souvent l'inflammation cédait sous l'influence de la propreté, de lotions émollientes, d'une diète modérée et du changement d'air.

Kinder-Wood a donné une excellente description des cas qu'il a observés en 1815 (2) :

Observation II. — Les enfants atteintes étaient âgées d'un à six ans. Douze furent malades et deux seulement guérirent. L'inflammation des grandes lèvres était précédée de frissons, de douleurs de tête, de prostration, de nausées, de perte d'appétit, etc. La douleur en urinant fut le premier signe qui attira son attention dans cette direction, et, en examinant les parties, il les trouva gonflées et très-rouges. Bientôt l'intérieur de la vulve était pris, et, d'après la qualité de l'écoulement, M. Wood pensait que le vagin n'était pas indemne. La muqueuse ne tardait pas à s'ulcérer. Vingt-quatre heures suffisaient à produire des phlyctènes à la surface interne des lèvres, et quand elles se rompaient, les surfaces dénudées se rejoignaient et formaient de larges ulcérations. L'écoulement prenait alors une couleur foncée, devenait abondant, irritait les parties voisines, et favorisait l'extension de la maladie

(1) Dugès, *Essai physiologico-pathologique sur la fièvre*, vol. II, p. 95 et 182. — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, vol. II, p. 655.
(2) Kinder-Wood, *Medico-chir. Trans.*, t. VII, p. 84.

aux cuisses, au périnée et à l'anus. Le pouls était rapide, la face pâle; il y avait de la constipation ; les matières rendues sous l'influence d'une purgation étaient foncées, glaireuses et corrosives.

Dans quelques cas, des aphthes s'étendent au périnée et au pourtour de l'anus. Les ulcérations alors varient d'aspect et de profondeur : les unes sont profondes, foncées, les autres superficielles et parsemées de granulations rouges. La destruction progressive des parties génitales succède rapidement à l'ulcération, la paleur particulière de la face augmente, le pouls est fréquent et faible, l'appétit disparaît ; il survient de la diarrhée ; la peau des cuisses devient lâche et flasque; l'écoulement augmente notablement, prend un caractère de plus en plus nuisible, jusqu'à ce que l'enfant épuisée expire. Dans les cas les plus heureux, quand, par un traitement approprié, la maladie avait été arrêtée dans ses progrès, les ulcérations se détergeaient et se cicatrisaient, mais la constitution avait subi une atteinte profonde, et un écoulement jaunâtre, abondant, se continuait même alors pendant un temps très-long, affaiblissant notablement la petite malade, et l'exposait à une récidive. La durée de la maladie était de deux à quatre septenaires. L'extension et la gravité du mal paraissaient dépendre surtout de l'état général antérieur de la petite malade.

Telle est la formidable et heureusement très-rare variété de la maladie ordinairement bénigne dont nous parlions plus haut. La grande différence apportée dans les symptômes consistait surtout, pour les faits de M. Wood, dans une inflammation plus intense sévissant sur des constitutions détériorées.

Mackintosh (1) a vu de pareils accidents succéder à la rougeole, et il a trouvé après la mort une énorme vascularisation avec ulcération de l'iléon.

La même maladie a été décrite par Ferriar, de Manchester (2), comme une complication de certaines fièvres. Il a dit qu'il a observé chez des jeunes filles plusieurs cas de fièvre putride, accompagnés de larges macules sur le corps et les membres, et compliqués de gangrène des grandes lèvres. Les parties étaient extrêmement tuméfiées et très-douloureuses. Dans ces circonstances, la maladie était mortelle.

Dans des cas plus légers, on a vu survenir des adhérences entre les parties enflammées, lesquelles, plus tard, devenaient un obstacle à l'écoulement menstruel, et empêchaient le coït ou l'accouchement, si l'on n'y portait remède. Ces adhérences récentes sont facilement détruites en séparant les grandes lèvres ; à une époque plus éloignée, une opération sanglante devient nécessaire.

§ III. — Diagnostic.

La forme la plus bénigne de la leucorrhée infantile et la forme la plus grave à son début ressemblent à l'intertrigo des enfants. L'intertrigo cepen-

(1) Mackintosh, *Practice of physic*, t. II, p. 381.
(2) Ferriar, *Medical Histories and Reflections*, p. 169.

dant commence le plus souvent dans le pli génito-crural, et, quelque vive que soit l'excoriation, elle ne s'ulcère jamais profondément.

Wood pense que la maladie décrite ressemble plus à l'érysipèle des enfants qu'à aucune autre maladie.

§ IV. — Traitement.

Le traitement de la forme la plus légère est simple et toujours suivi de succès. Si l'irritation est intense, on lavera les parties avec de l'eau tiède ou une infusion de guimauve et de pavots, trois ou quatre fois par jour. Après chaque lavage, les parties malades étant bien séchées, on se servira d'un peu d'eau blanche. Si la maladie tend à devenir chronique, on préférera une lotion au sulfate de zinc, ou mieux encore au nitrate d'argent. Si l'affection s'est étendue au vagin, on y fera pénétrer de la lotion au moyen d'une petite seringue. On tiendra l'enfant au repos et l'on veillera à ce qu'elle ne puisse se gratter. On fera observer une diète modérée : il faudra éviter toute espèce d'excitants, et l'on donnera, s'il est nécessaire, quelques laxatifs. Il arrivera que la vive douleur éprouvée en urinant portera l'enfant à garder son urine trop longtemps. On préviendra cet inconvénient et l'on y apportera quelque soulagement en baignant la vulve à chaque émission d'urine. S'il y a quelque tendance à des adhérences, on les évitera en interposant un peu de charpie enduite de cérat entre les grandes lèvres.

Dewees s'est bien trouvé de l'administration de 5 gouttes de teinture de cantharides trois fois par jour; il augmentait la dose d'une goutte par jour, mais il en suspendait complétement l'usage s'il survenait de la strangurie. Il appliquait en même temps un cataplasme chaud dans le dos (1).

Dans la forme la plus grave, Wood conseille de commencer par un purgatif; puis il lotionne les parties avec de l'eau blanche légèrement chauffée; en même temps il les recouvre d'un cataplasme fait de mie de pain et d'eau blanche, aussitôt après la lotion. Il faut continuer ce traitement jusqu'à la cicatrisation de l'ulcère. Au début, il faut donner le quinquina en décoction à l'intérieur. A cette décoction ce médecin ajoute avec avantage quelque préparation aromatique, teinture de colombo ou teinture d'opium. On pourra donner du vin en quantité modérée. A une période plus avancée, quand la tuméfaction et la rougeur ont diminué, que l'ulcération reste stationnaire, l'onguent à l'*oxyde blanc de plomb* est appliqué avec utilité. S'il survient de la diarrhée, une mixture avec la craie, le cachou et l'opium sera employée avec grand avantage.

ARTICLE II

INFLAMMATION DE LA VULVE CHEZ LES ADULTES.

J'ai déjà signalé que cette affection chez les adultes diffère essentiellement de celle que je viens de décrire chez les enfants.

(1) Dewees, *Diseases of Females*, p. 27.

L'inflammation est plus circonscrite, moins disposée à se terminer par ulcération, et donne lieu à un écoulement de mucus transparent. La douleur est beaucoup plus vive. J'ai vu des cas où la douleur (au moins pour le temps qu'elle a duré) était aussi insupportable que celle qu'on observe dans le cancer de l'utérus (1).

Les femmes adultes de tout âge sont sujettes à cette affection, mais on la rencontre plus fréquemment parmi les femmes mariées, et surtout parmi les nouvelles mariées (2).

§ I. — Causes.

Le défaut de propreté, et par suite l'accumulation de la matière sébacée, une irritation sympathique, comme celle produite par la présence de vers dans le rectum, l'aménorrhée, les maladies de l'utérus, etc., l'abus du coït, le froid, sont autant de causes de cette maladie. Il est probable que, dans certains cas, elle peut être due à une cause vénérienne.

§ II. — Symptômes.

Les principaux symptômes sont une douleur très-vive, augmentée par le mouvement, le frottement; la sensation de brûlure au passage de l'urine, une sensation de pesanteur à la vulve.

Si l'on examine les organes génitaux externes, on trouvera une teinte rouge plus foncée de la muqueuse, qui, quelquefois, est couverte d'une exsudation blanche, crémeuse, très-épaisse; d'autres fois on rencontrera une inflammation plus circonscrite bornée à une portion quelconque du vagin, entourant quelquefois l'orifice uréthral seulement, ou bien le clitoris; une excoriation superficielle comprenant une petite partie de la peau adjacente ; ou encore on constatera une quantité de petits boutons surmontés d'un point blanc purulent qui, venant à se rompre, laisse à découvert une petite ulcération. Il y a peu de gonflement, et les symptômes généraux sont à peu près les mêmes dans tous les cas.

Burns décrit une ulcération superficielle de ces parties, laquelle donne lieu à une grande souffrance, mais qui disparaît facilement sous l'influence de lavages légèrement stimulants ; il décrit également une ulcération plus profonde qui, par sa ressemblance avec le chancre, peut donner lieu à des soupçons. La surface et les bords de l'ulcération ont cependant un carac-

(1) Ceci est une preuve de plus, s'il en était besoin, que la sensibilité des muqueuses est beaucoup plus vive au niveau de leur continuation avec la peau. Une injection astringente ne cause presque jamais de douleur, si ce n'est à l'orifice vaginal. Partout ailleurs, excepté à ce niveau, la muqueuse peut être excisée sans douleur. Le fait est également vrai pour les autres muqueuses.

(2) [[L'auteur décrit ici dans le même article la vulvite simple, la folliculite vulvaire ou inflammation des glandes mucipares et sébacées, et la gangrène de la vulve ou vulvite gangréneuse, bien que ces maladies soient d'une nature essentiellement différente.

Il suffit d'en faire la remarque sans avoir besoin d'y insister plus longemps.]]

tère différent, et les résultats du traitement viendront bientôt mettre la question hors de doute.

Huston (1) a remarqué que, lorsqu'à ces boutons succédaient des croûtes brunes ou une exsudation crémeuse, on avait quelque droit de soupçonner une source vénérienne.

Oldham a publié un bon mémoire sur l'inflammation des follicules muqueux de la vulve, qui constitue une des variétés de la maladie que nous décrivons. Cette forme de la maladie n'est particulière ni aux femmes mariées, ni à aucune période spéciale de la vie des femmes. Cette inflammation se présente sous forme de plaques symétriques à la partie postérieure du vagin et au-dessous de l'urèthre. Au début de la maladie, on constate une foule de petits points saillants très-enflammés, et la muqueuse paraît très-enflammée. Tout d'abord ces points sont isolés, s'élevant légèrement au-dessus de la surface muqueuse, et l'on peut quelquefois apercevoir une petite trace d'ulcération à leur sommet. Ceux-ci correspondent aux cryptes folliculeux de la muqueuse, et la partie ulcérée à leur ouverture centrale. Après quelque temps, ces saillies perdent leur caractère d'isolement ; elles se rejoignent, et il se dessine une bande inflammatoire très-marquée. Le sphincter vaginal est toujours contracté, la muqueuse est très-ridée. Dans plusieurs cas, Oldham a vu la maladie s'étendre aux plis les plus inférieurs du vagin ; le sommet de ces plis prenait une coloration rouge intense et saignait souvent au moindre contact. Dans une circonstance, toute l'étendue de la membrane muqueuse du vagin était dans cet état. Quand la maladie a duré longtemps, la couleur de la muqueuse de la vulve et de l'entrée du vagin devient blanchâtre, surtout chez les femmes qui ne sont plus réglées. La maladie est très-rebelle et fait souffrir la patiente pendant des années. Le premier signe est constitué par de la leucorrhée dont l'abondance augmente après une longue marche ou pendant la station debout. L'écoulement est d'abord ténu et blanchâtre, plus tard il devient épais et jaunâtre ; il ne prend jamais le caractère visqueux et gluant, mais il tache le linge en jaune, quelquefois avec une coloration plus foncée, lorsqu'il s'y mêle un peu de sang. Il arrive que cet écoulement prend une odeur légèrement fétide. La partie affectée de la muqueuse vaginale est le siége d'une douleur lancinante, continue, accompagnée de temps en temps d'un prurit insupportable.

La malade ne peut s'asseoir qu'à grand'peine, se posant d'abord sur un ischion, et se laissant graduellement aller jusqu'à ce qu'elle soit complétement assise. Les rapports sexuels sont d'abord pénibles, mais plus tard sont impossibles, à cause de l'intensité de la souffrance. La douleur en urinant n'est pas très-communément observée. Les symptômes locaux s'aggravent généralement à l'approche des règles, ou bien à la suite de fatigues ou de constipation. La malade se plaint dans les flancs et vers le

(1) Huston *in* Fleetwood Churchill, *Diseases of Women*, édition américaine.

sacrum de douleurs qui s'étendent aux aines et aux cuisses. On provoque de très-vives douleurs en écartant les parties pour les examiner ; et si l'on y met un peu de force, les follicules enflammés saignent quelquefois. L'orifice vaginal est le plus souvent resserré, mais au delà il n'existe plus ni chaleur ni sensibilité. Cette forme de la maladie, dit Oldham, diffère de l'eczéma, de l'herpès ou de l'inflammation aphtheuse de la vulve, en ce qu'il n'existe pas d'inflammation générale, en ce qu'on peut aisément en constater l'origine folliculeuse et qu'il n'existe pas de vésicules (1).

Huguier a également publié un mémoire sur cette maladie. Il décrit trois périodes : éruption, suppuration et dessiccation. Il regarde la forme décrite par Oldham comme une variété d'acné siégeant dans les follicules sébacés des grandes lèvres (fig. 37). Il mentionne aussi une véritable hypertrophie de ces follicules, qui donne lieu à des excroissances verruqueuses souvent à tort supposées syphilitiques, et qui peuvent être facilement guéries par l'excision (2).

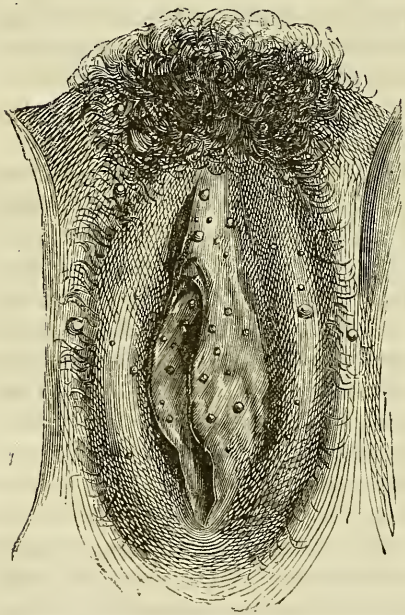


Fig. 37. — Folliculite vulvaire (Huguier).

Legendre (3) a décrit avec beaucoup de soin une éruption d'herpès siégeant à la vulve, sous forme de groupes ou de vésicules séparés. Il y a peu de gonflement et de douleur au début ; mais à mesure que la maladie fait du progrès, les vésicules se dessèchent, et il y a un écoulement de sérosité laiteuse ; une érosion superficielle succède à l'éruption. La marche, le contact de l'urine, le défaut de propreté augmentent la maladie de telle sorte que la douleur peut devenir intolérable. Les parties gonflent et s'enflamment ; à l'extérieur et à l'intérieur des grandes lèvres et sur leurs bords, on rencontre une foule de petites ulcérations. A cette période de la maladie, une erreur de diagnostic serait possible ; mais un examen attentif laissera voir des vésicules caractéristiques. Legendre s'est très-bien trouvé, dans ces cas, de l'emploi de lotions calmantes et adoucissantes,

(1) Oldham, *Med. Gazette*, 15 mai 1846, et Ranking's *Abstract.*, vol. IV, p. 305.

(2) Huguier, *Mém. sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mém. de l'Acad. de médecine*, vol. XV, 1850, p. 527).

(3) Legendre, *Arch. gén. de méd.*, 1853, vol. II, p. 171.

du repos ; quelquefois une légère cautérisation au nitrate d'argent a été très-utile.

Quelquefois, sous l'influence de circonstances particulières, on a observé une forme infiniment plus grave de l'inflammation vulvaire. Par exemple, Chavanne (1) a donné la description de la vulvite épidémique gangréneuse chez les femmes en couches, qui a sévi à la Charité de Lyon.

« Quelques-unes des femmes en couches étaient prises, trois ou quatre jours après l'accouchement, de vomissements et de diarrhée, de paroxysmes fébriles avec des douleurs abdominales ou d'une légère hémorrhagie. Ces symptômes, dans vingt- six cas, furent suivis de prostration, de découragement, en même temps que l'on constatait une rougeur œdémateuse et livide de la vulve. Dans quelques cas, la maladie n'a pas dépassé cette période ; des phénomèmes réactionnels venaient remplacer les symptômes précédents ; le plus souvent on voyait se développer des plaques pultacées, analogues à la forme de gangrène pulpeuse décrite par Delpech : ces plaques adhéraient fortement à la muqueuse vulvaire et vaginale. Bien que l'extension de ces plaques se trouvât limitée au bout d'un ou deux jours, jamais elles ne se détachaient spontanément avant la fin de la première ou au commencement de la seconde semaine. Leur chute laissait voir de petites surfaces ulcérées, qui se guérissaient vite le plus souvent, mais qui quelquefois se recouvraient de la même masse pultacée. Dans quatre cas sur les vingt-six observés, la maladie s'était étendue à l'utérus, et les femmes en sont mortes, après avoir présenté tous les symptômes d'une fièvre puerpérale intense. La gangrène de l'utérus s'était compliquée de péritonite. On ne pouvait assigner aucune cause spéciale à cette épidémie. Dans vingt cas le travail s'était accompli régulièrement, huit fois cependant on avait appliqué le forceps. En même temps qu'on voyait des femmes accouchant aisément frappées par la maladie, d'autres, dont l'accouchement avait exigé une intervention active, échappaient à l'influence morbide.

« Outre les quatre femmes mortes comme nous l'avons dit plus haut, trois autres ont succombé à la métro-péritonite sans extension de la gangrène ; les dix-neuf autres ont guéri, la gangrène cédant rapidement à un traitement tonique et à l'application locale d'acide chlorhydrique concentré. On a observé une épidémie analogue à Lyon en 1815, et une autre à Paris. »

§ III. — Terminaison.

L'inflammation de la vulve se termine ordinairement par résolution ; dans beaucoup de cas cependant elle prend la forme chronique ; elle est alors rebelle et tenace et devient une cause puissante d'hypertrophie des tissus atteints. Si l'inflammation frappe plus profondément, de manière à atteindre le tissu sous-muqueux des grandes lèvres, il peut en résulter un abcès ; si elle se complique d'une maladie de l'utérus ou du péritoine, elle peut se terminer par la mort. Le docteur Oldham signale la ténacité extrême de l'inflammation folliculaire. M. Huguier a décrit les excroissances

(1) Chavanne, *Gaz. méd. de Paris*, 1852,

végétantes qui en sont la conséquence. Le défaut de soins peut amener l'adhérence consécutive des parties opposées; mais c'est là un fait rare.

§ IV. — Traitement.

Le traitement consiste plus ou moins dans l'usage des antiphlogistiques. Dans quelques cas rares, il peut être nécessaire d'appliquer des sangsues à la vulve; mais généralement des fomentations émollientes souvent répétées et faites avec une décoction de guimauve et de pavots suffiront à éteindre l'inflammation; plus tard les lotions à l'acétate de plomb ou au sulfate de zinc compléteront la guérison. Si la maladie est rebelle, une solution légère de nitrate d'argent sera plus utile; s'il y a des boutons, on les touchera avec le crayon de nitrate d'argent.

Oldham recommande les applications calmantes, et par-dessus tout une onction avec un liniment à l'acide cyanhydrique:

Huile de coco	60 grammes.
Acide cyanhydrique.....	8 —
Biacétate de plomb.....	1,25

On aura soin de laver d'abord les parties avec de l'eau de rose, puis on appliquera le liniment au moyen de charpie changée deux ou trois fois par jour. On s'est quelquefois servi avec avantage d'une lotion faite avec l'eau de chaux et l'opium, ou bien d'un cataplasme fait avec la mie de pain saturée d'une décoction de feuilles de ciguë additionnée d'extrait de Saturne.

Un laxatif sera administré de temps en temps, et je préfère, entre autres, un léger purgatif salin. On évitera tous les aliments ou boissons excitants; on observera la plus grande propreté, et la malade vivra dans la continence la plus absolue. Puis je conseille avec avantage le changement d'air et l'usage des toniques. Quand la guérison est à peu près complète, Oldham a quelquefois conseillé avec grand avantage un léger traitement mercuriel.

CHAPITRE IV

HYPERTROPHIE DU CLITORIS.

L'hypertrophie du clitoris n'est pas toujours le résultat d'une difformité congénitale. Quelquefois aussi l'intervention chirurgicale est réclamée pour l'hypertrophie du tissu normal ou le développement de tissus hétérogènes dans l'épaisseur de cet organe.

Hooper a décrit ce qu'il appelle l'*excroissance en chou-fleur du clitoris* (1).

(1) Hooper, *Morbid Anatomy of human uterus*. 1832, in-4°.

Elle se développe presque toujours, dit-il, sur le capuchon de l'organe, soutenue par un pédicule du volume d'une plume d'oie environ. Dans quelques cas cependant la base est plus large. Bientôt on voit le clitoris s'étaler, se diviser en lobes, qui se subdivisent irrégulièrement; souvent même les extrémités s'aplatissent et lui donnent un aspect frangé. Le tout offre une coloration blanchâtre qui complète la ressemblance avec un chou-fleur. Cette lésion du clitoris et de son capuchon, sous le scalpel, donne une sensation de cartilage, et la surface de coupe est blanche, unie, et ne paraît pas vasculaire.

Les cas dans lesquels cet organe est plus volumineux que d'habitude ne sont pas rares. La plupart du temps il n'offre pas plus de 2 pouces de longueur, et cette augmentation a pu faire naître des doutes sur le sexe de l'individu. Quelquefois cependant il est beaucoup plus volumineux; par exemple Davis (1) rapporte que :

Observation I. — John Symes, pendant qu'il était étudiant à Edimbourg, a vu, à l'infirmerie de cette ville, une femme présentant les signes les plus accusés de nymphomanie. Après l'avoir examinée, le chirurgien dit avoir trouvé les organes génitaux externes dans un violent état d'inflammation, les petites lèvres très-hypertrophiées et le clitoris d'un volume exceptionnel. Après une consultation avec plusieurs collègues, il fut décidé qu'on amputerait le clitoris : l'opération *réussit à guérir* et la lésion locale et les écarts d'imagination qu'elle semblait provoquer.

Le cas suivant a été publié par M' Clintock :

Observation II. — Une femme de la campagne, âgée de trente ans, me fut présentée au mois de mars 1856. Elle était au septième mois d'une seconde grossesse. Elle venait réclamer le secours de la médecine pour une affection des petites lèvres, et fut admise dans une des salles consacrées au traitement des maladies des femmes, dans le Lying-in Hospital. Neuf ans auparavant, elle avait contracté de son mari une mala die vénérienne. Il y a deux ans qu'elle s'est aperçue que les petites lèvres grossissaient, et dans les derniers mois elles ont augmenté très-rapidement. Il pendait de la vulve (fig. 38) trois grosses tumeurs, de couleur rosée, œdémateuses, et divisées en une quantité de lobules. La tumeur centrale était le clitoris, qui offrait le volume d'un œuf de dinde et avait l'aspect d'un utérus procident; de chaque côté étaient les nymphes, qui étaient d'une dimension exagérée et d'une forme très-irrégulière; les fissures et les saillies qui les limitaient étaient exulcérées et laissaient suinter un liquide abondant et jaunâtre.

Comme l'hypertrophie du clitoris pouvait être une entrave pendant l'accouchement, on en proposa l'ablation qui fut faite de la façon suivante : un fil de soie très-fort fut passé autour du pédicule (qui avait le volume du pouce d'un adulte), et trois jours après on pratiqua l'excision au-dessous de la ligature. Ce qui restait du pédicule fut éliminé quelques jours après, laissant après lui une

(1) Davis, *Obstetric medicine*, vol. I, p. 60.

surface granuleuse de bon aspect, qui se cicatrisa rapidement. La femme s'en retourna chez elle pour accoucher, et quelques semaines après elle revint à l'hôpital. Le pédicule des tumeurs restantes était du volume de trois doigts environ. On le divisa en trois parties égales, qu'on serra séparément dans trois

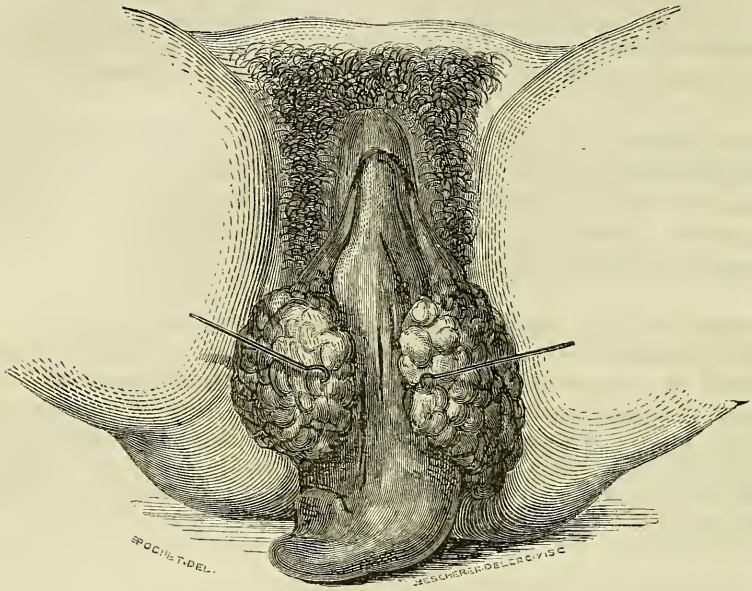


Fig. 38. — Hypertrophie du clitoris (M'Clintock).

ligatures. Cette constriction, énergiquement faite, causa des douleurs très-vives. Le lendemain, on constata que la striction n'était pas suffisante encore. On appliqua de nouvelles ligatures, qui causèrent encore des douleurs extrêmement aiguës qui durèrent plusieurs heures.

Deux jours après, on excisa les tumeurs au-dessous des ligatures. Une seule artériole donna un peu de sang, qui fut rapidement arrêté. Le reste de la tumeur se détacha en peu de jours, et la plaie guérit facilement (1).

§ I. — Causes.

On croyait d'abord qu'une des principales causes de cette affection était l'abus du coït; mais Parent-Duchâtelet (2) montre que c'est là une opinion erronée. Parmi toutes les prostituées inscrites à Paris (environ 6,000), il n'y en avait que trois atteintes d'hypertrophie du clitoris, et aucune de celles-ci n'avait plus abusé du coït que les autres. D'autre part, on a trouvé le clitoris normalement développé chez des femmes se livrant d'une

(1) M'Clintock, *Clinical Memoirs on Diseases of Women*. Dublin, 1863, p. 225.
(2) Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3e édition. Paris, 1857.

façon déréglée à leurs passions. Je crois pour ma part que, le plus souvent, on pourrait, dans des cas de cette nature, remonter à une origine syphilitique.

§ II. — Symptômes.

Les premiers signes sont ceux qui résultent de la disproportion des parties. Dans quelques cas, le coït a été rendu impossible; la marche était pénible. Chez quelques femmes la sensibilité de l'organe était absolue; moins souvent elle était augmentée, et chez ces dernières nous avons constaté la prédominance de désirs génésiques. L'hypertrophie peut être congénitale, ou bien encore la conséquence de l'inflammation.

Cette partie peut être aussi le siége de dépôts squirrheux, le plus souvent coïncidant avec un état morbide analogue de l'utérus; alors elle s'ulcère, devient douloureuse; il s'en écoule une sanie fétide, et la malade meurt (1).

A la Société médicale de Westminster, 14 novembre 1840, une pièce anatomique fut présentée, montrant les organes génitaux externes, l'utérus et les annexes d'une dame de quarante-cinq ans, qui était morte, pensait-on, d'un cancer utérin. La malade fut vue pour la première fois au mois de février 1840. Le médecin aperçut à ce moment le clitoris hypertrophié, dur, très-sensible, et oblitérant en grande partie le vagin. Bientôt le clitoris s'ulcéra, et peu à peu fut détruit. L'ulcération gagna les nymphes et arriva jusqu'aux os du pubis.

La malade succomba. Les organes internes, l'utérus et ses annexes étaient parfaitement sains.

§ III. — Traitement.

Si l'hypertrophie est légère, des astringents ou des caustiques peu énergiques suffiront; mais si elle est assez considérable pour apporter des troubles sérieux, si le clitoris est devenu sensible au point de déterminer de l'excitation génésique exagérée, le seul remède est l'amputation. Celle-ci sera faite par excision ou par ligature. Si la tumeur est petite, peu vasculaire, le bistouri est préférable; il est plus expéditif, et le sang sera facilement arrêté par des styptiques ou par le froid. Si la tumeur est très-volumineuse, il vaudra mieux employer une ou plusieurs ligatures, et vingt-quatre heures après, pratiquer l'excision au-dessous de la tumeur, ou bien on l'enlèvera au moyen de l'écraseur.

Dans l'observation de M'Clintock, le clitoris fut d'abord enlevé au moyen d'une ligature; plus tard, trois ligatures furent appliquées sur les nymphes, et après deux jours l'excision fut pratiquée. On se servira ensuite de lotions astringentes, et la malade sera tenue en repos.

(3) Dewees, *On diseases of Females*, p. 25. — *Lond. Med. Journ.*, vol. II, p. 115. — *Bull. médic. belge*, juin 1835.

Si, lorsque le clitoris est envahi par quelque production maligne, nous pouvons être sûrs que l'utérus est sain, il faudra l'enlever; mais il ne faut pas compter sur une cure radicale ; et si l'on risque une opération, il faut avoir bien soin d'enlever toute la partie malade.

CHAPITRE V

TUMEURS DE L'ORIFICE DE L'URÈTHRE.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS VASCULAIRES.

[[TUMEURS ÉRECTILES.]]

La plus fréquente de ces excroissances douloureuses est la petite tumeur vasculaire. Elle fut décrite pour la première fois par Sharp, en 1750. Il constate que « de petites excroissances peuvent occasionner de violents désordres dans un organe aussi délicat que l'urèthre ».

J'en ai rencontré un exemple remarquable dans l'urèthre d'une jeune fille vierge : ces petites tumeurs s'étaient développées à l'orifice du méat urinaire, et pendant plusieurs mois avaient causé de cruelles douleurs, qui continuèrent jusqu'au moment où les tumeurs furent enlevées (1).

Cette affection fut aussi décrite par Morgagni, qui dit : « En examinant le corps d'une vieille femme, en 1751, je rencontrai une excroissance triangulaire à l'orifice externe de l'urèthre, mais elle n'était pas saillante. » On rencontre quelquefois, attachée à l'orifice de l'urèthre, une excroissance rouge et fongueuse, offrant le volume d'un haricot.

Après ces auteurs, M. Hughes, de Strond-Water, dans le Gloucestershire, en 1768, décrivit ces tumeurs de la façon suivante : « Elles sont rouges, d'une texture molle et spongieuse, présentant une surface découpée, douloureuses au toucher; elles laissent sourdre une sérosité sanguinolente. » M. Hughes enleva le méat urinaire et guérit complétement sa malade (2).

Depuis lors, cette affection a été décrite avec plus de soin par Blomfield (3), Norman (4), Sharp, Warner, Jenner, sir M. C. Clarke (5), Wardrop (6), Velpeau (7), Hosack, Rosenmuller, Vogel, Kaldebrand, Drokaska, et enfin les écrivains les plus récents sur les maladies des femmes.

Règle générale : cette affection est plus fréquente chez les jeunes

(1) *Critical Inquiry to the present state of surgery.* 1750, p. 168.
(2) Hughes, *Medical facts and Observations*, vol. II, p. 26.
(3) Blomfield, *Chirurg. Observations*, vol. II, p. 296.
(4) Norman, *Edinb. med. Journal*, june 1849.
(5) Clarke, *Diseases of Females*, vol. I, p. 289, et *Lond. med. Journal*, vol. VII, p. 269.
(6) Wardrop, *Lancet*, vol. XIII, p. 784.
(7) Velpeau, *Journal hebdomadaire*. Paris, juillet 1836.

femmes ou chez les femmes d'un âge moyen ; cependant il y a de nombreuses exceptions. Davis en a observé un fait chez une femme de cinquante ans. Safford Lee a rencontré de ces tumeurs indistinctement à tout âge. Norman en a rencontré deux cas, l'un chez une femme de cinquante ans,

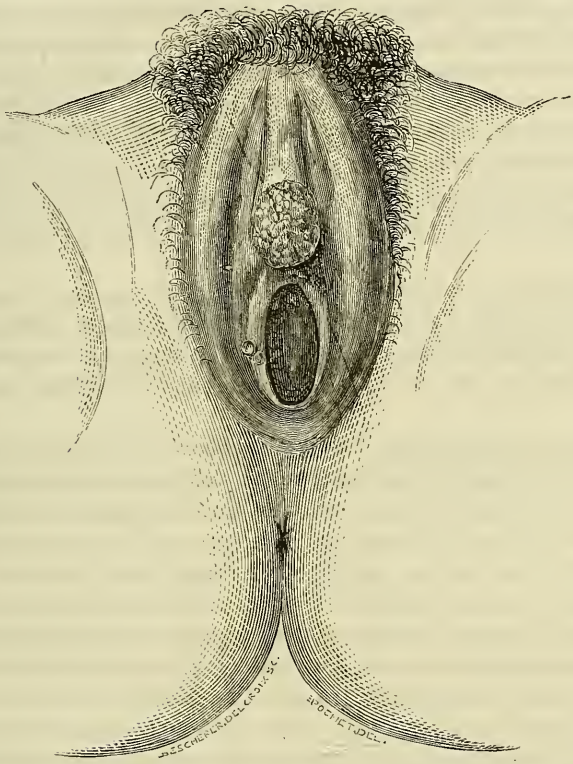


Fig. 39. — Tumeurs vasculaires de l'orifice de l'urèthre (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XLI, fig. 1).

et un autre chez une femme de cinquante-deux ans. J'en ai trouvé, pour ma part, chez des sujets beaucoup plus âgés encore, entre autres chez une femme de soixante-dix ans. On en observe aussi chez de très-jeunes individus.

§ I. — Causes.

Les causes de ces tumeurs, comme celles de toutes les autres tumeurs vasbulaires, sont très-obscures. L'âge ne peut être qu'une cause très-secondaire, ainsi que le tempérament. Il est possible qu'une inflammation circonscrite au pourtour de l'orifice puisse avoir sur leur production une notable influence.

§ II. — Symptômes.

Au début, les symptômes sont peu marqués; puis surviennent des douleurs qui augmentent en même temps que la tumeur s'accroît. Les symptômes caractéristiques sont : une douleur intense dans la vulve, augmentant à la pression et par la marche, une sensation de poids, quelquefois des douleurs autour des reins et dans les cuisses, des envies fréquentes d'uriner et généralement, mais non toujours, une douleur aiguë au moment de l'émission des urines. Arrivées à ce point, les malades ne peuvent plus marcher; le coït est devenu impraticable, et l'angoisse perpétuelle dans laquelle se trouve la patiente la rend faible, irritable, déprimée, et fait craindre quelque maladie de l'utérus. L'écoulement, qui se fait assez abondant, n'est autre chose qu'une hypersécrétion du mucus normal.

D'un autre côté, avant que la tumeur ne proémine hors du canal, la douleur est moindre. J'ai souvent découvert ces tumeurs fortuitement, en examinant les parties dans un autre but, et avant que la malade n'en fût avertie autrement que par une légère sensation de brûlure pendant la miction.

Le siége du mal est aperçu du premier abord, en écartant les grandes lèvres : une ou plusieurs petites tumeurs s'offrent à la vue, à l'entrée du canal ou sur le bord du méat urinaire, ou bien encore elles oblitèrent entièrement l'orifice. La dimension varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noix, ou même, comme dans l'observation de Warner, jusqu'à celle d'un œuf de dinde; mais les tumeurs volumineuses forment l'exception à la règle générale; leur consistance est très-variable : tantôt c'est une véritable gelée molle, d'autres fois elles offrent une dureté considérable; mais elles saignent toujours très-facilement. Quelquefois leur surface est unie, lisse, ou bien elles sont granuleuses, et offrent tout à fait pour la couleur et l'aspect une grande analogie avec une framboise. A de très-rares exceptions près, elles sont très-sensibles à la pression, quel qu'en soit le volume. La tumeur est mobile, généralement située sur un pédicule mince, inséré soit immédiatement au-dessous du petit tubercule qui se trouve au-dessus du méat, ou entre les lèvres du méat lui-même. J'ai vu des cas où toute la circonférence de la muqueuse qui tapissait l'orifice uréthral était atteinte jusqu'à une certaine distance dans le canal. Norman affirme que toute la surface du canal peut être recouverte de ces excroissances, ce qui, en pareil cas, change tout à fait l'aspect de ces parties.

Ces tumeurs paraissent formées par des vaisseaux et du tissu conjonctif, recouverts par une muqueuse. C'est là l'opinion de C. Clarke, Boivin et Dugès, et de T. S. Luc. Warner décrit des fibres qu'il a rencontrées dans un cas, et Dewees rapporte que, dans toutes les tumeurs de cette nature qu'il a eu l'occasion d'enlever, il y avait une texture fibreuse. Norman

a donné l'examen microscopique d'une de ces tumeurs, d'après Quekett :

La tumeur était ovoïde, offrant à peu près deux lignes dans son plus long diamètre. Elle était de couleur blanche, et présentait à sa surface de nombreux filaments confervoïdes produits par le séjour de la pièce dans l'eau. Une coupe mince fut examinée au microscope à un grossissement de 200 fois, et j'y ai constaté la structure de l'épiderme. L'épithélium de la face extérieure était composé d'éléments pavimenteux, tandis que la surface de coupe était constituée des mêmes cellules plus condensées et très-agglomérées. Une coupe verticale nous a montré des papilles de dimensions variables très-vasculaires et enveloppées d'une couche épidermique : cette couche avec les papilles constituaient toute la tumeur. Là où l'on trouvait des papilles, la tumeur était plus petite que du côté opposé, comme si elle avait été attachée à un pédicule.

Les papilles, sans aucun doute, contenaient des nerfs aussi bien que des vaisseaux, quoique le miscroscope ne nous les ait pas révélés. On peut donc dire que la tumeur se composait de papilles hypertrophiées recouvertes d'une couche épaisse d'épiderme (1).

On peut considérer ces tumeurs comme très-sujettes à récidive après leur excision. Quand une certaine longueur de l'urèthre est prise, elles semblent se reproduire presque aussitôt qu'on les a détruites.

§ III. — Diagnostic.

Si l'on tient compte des symptômes seulement, on pourra croire à une affection utérine ou à une maladie de la vessie; mais comme toujours, en pareil cas, on devra procéder à un examen qui mettra à l'abri de toute erreur. La présence de la petite tumeur à l'entrée de l'urèthre parlera d'elle-même; mais si, comme cela arrive quelquefois, elle est située un peu plus profondément, on ne devra pas négliger de dilater l'orifice pour s'assurer de l'état de la muqueuse du canal.

§ IV. — Traitement.

L'ablation de la tumeur est indispensable à la cure radicale de cette affection. Il n'y a que le procédé d'extirpation qui puisse faire question. Dans le texte de son étude C. Clarke conseille d'étreindre la tumeur dans une large ligature; il considère ce moyen comme mettant mieux à l'abri d'une récidive; mais, dans une note, il dit qu'une plus longue expérience lui a démontré que l'excision et la cautérisation du pédicule lui avaient donné de meilleurs résultats. Ramsbotham, dans ses leçons (2), donne la préfé-

(1) Norman, *Edinb. monthly Journal*, vol. IX, p. 804.
(1) Ramsbotham, *Medical Gazette*.

rence à une fine ligature de soie. Lever, quand la tumeur présente l'aspect d'une cerise ou d'une mûre, la serre dans une ligature de soie cirée et coupe la tumeur au-dessous de la ligature. Dugès prétend avoir vu de ces excroissances guérir par l'emploi de lotions astringentes seules. Dubois et Cullerier recommandent la cautérisation sans excision. Au lieu de se servir d'un caustique après excision, madame Boivin saupoudre la tumeur d'alun en poudre. Norman préfère la ligature et un caustique énergique ensuite.

J'ai agi pour ma part de ces différentes façons et je préfère jusqu'à présent l'excision et l'application d'acide nitrique. Ce procédé m'a paru plus expéditif et, en somme, beaucoup moins douloureux que les autres. Je crois aussi que la tumeur est beaucoup moins exposée à récidiver, si l'on applique un caustique énergique sur la surface vive de l'excision. J'ai constaté avec plaisir que Baker-Brown suivait les mêmes errements. Ce chirurgien rapporte que Brigham, de Lynn, considère le cautère actuel comme le meilleur mode de traitement. Le plus souvent il est nécessaire de réitérer l'application (1).

Si l'on se décide à faire l'excision, on enlèvera rapidement la tumeur d'un coup de ciseaux au ras de la muqueuse, et l'on touchera la plaie avec le nitrate d'argent, l'acide nitrique ou la pâte de Vienne.

L'opération cause une assez vive douleur, qui cesse bientôt, et elle est rarement suivie d'une hémorrhagie qui soit de quelque importance. Cependant, j'ai eu occasion de voir survenir après cette opération une hémorrhagie assez grave. L'opérée, dans ce cas, était peu docile, et je doute que l'acide nitrique ait été régulièrement appliqué. L'écoulement sanguin fut assez promptement arrêté par une solution saturée de perchlorure de fer dans la glycérine. Quelques jours après, on fera une nouvelle application du caustique à la racine de la tumeur, et on la renouvellera jusqu'à ce que la tendance à la récidive ait complétement disparu. Depuis quelque temps, cependant, j'ai adapté une modification à ce procédé, qui me paraît un progrès réel.

D'abord je saisis la tumeur à sa racine avec l'instrument du docteur Wilde pour les polypes de l'oreille. Cet instrument prévient l'hémorrhagie et étrangle la tumeur. Je l'excise rapidement au-dessous du point de constriction et j'applique le caustique sur le pédicule. Quand l'eschare est tombée, je cautérise itérativement la surface dénudée avec une aiguille à tricoter rougie au feu, jusqu'à la complète destruction du fragment du pédicule. Ce moyen de cautérisation est préférable à toute autre espèce de caustique, car on n'apporte aucun dommage aux parties voisines. On peut pénétrer à une certaine distance dans le canal, et la douleur, quoique très-vive au moment de l'opération, est d'une durée beaucoup plus courte.

(1) Baker Brown, *On the surgical diseases of women*, p. 137.

Dans les cas où une grande partie de la muqueuse uréthrale est atteinte, quoique la végétation soit peu considérable, elle ne peut être enlevée ni par la ligature ni par l'instrument tranchant. Dans un cas rapporté par Davis, ce chirurgien s'est bien trouvé, après avoir enlevé tout ce qui était

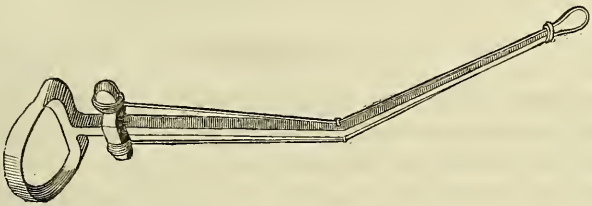


Fig. 40. — Pince de Wilde.

à sa portée, de l'usage de grosses bougies qu'il introduisait tous les jours. L'extraction de ces bougies entraînait chaque fois avec elle des portions végétantes (1).

Dans un fait observé par Werner, une tumeur de cette nature était située près du col de la vessie. Il commença par dilater l'urèthre de façon à pouvoir examiner le siége du mal avec son doigt. Alors il divisa l'urèthre jusqu'à mi-chemin environ de la vessie et appliqua une ligature sur la tumeur (2).

Lorsque la tumeur fut enlevée et qu'il eut pratiqué la cautérisation de la base, il maintint d'une façon constante les parties humectées avec une lotion fraîche, afin de prévenir l'inflammation et même la récidive de la tumeur.

Il faut administrer à la malade deux ou trois fois un léger purgatif, et la tenir pendant plusieurs jours dans un repos complet.

Dans la grande majorité des cas, je n'ai eu qu'à me louer de l'un ou l'autre de ces modes de traitement. Quelques-uns cependant semblent défier tous les efforts : j'ai même vu la tumeur récidiver dans des cas où je croyais l'avoir extirpée complétement.

ARTICLE II

TUMEURS ENCÉPHALOIDES ET CARCINOMATEUSES.

On rencontre quelquefois dans la région uréthrale des tumeurs de cette nature. Elles ont été bien décrites par madame Boivin et Dugès (3), mais elles ne sont pas communes. Je n'en ai jamais rencontré un seul cas.

Le lecteur pourra lire la relation d'un fait de cette espèce par Brayne, de Banbury (4).

(1) Davis, *Obstetric medicine,* 6e édit., p. 86.
(2) Werner, *Reports and cases in surgery*, p. 309.
(3) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus,* t. II, p. 646.
(4) Brayne, *Transactions of the provincial medical and surgical Association*, vol. IV.

Cette tumeur avait pris des proportions inouïes : elle pesait 11 livres. La constitution de la malade dépérissait chaque jour, sans que la médecine ou la chirurgie pût lui donner le moindre espoir. On rencontre presque toujours en même temps les signes d'une dégénérescence analogue de l'utérus; on conçoit qu'elle soit rare chez de jeunes sujets.

§ I. — Symptômes.

Les symptômes offrent la plus grande ressemblance avec ceux qui caractérisent les tumeurs vasculaires. Il vient s'y ajouter ceux de la maladie principale. On constate une excessive irritabilité de la vulve, une sensation de brûlure, des élancements, des écoulements muqueux. A l'inspection, on trouve une tumeur lobulée ou une agglomération de tumeurs (rarement très-volumineuses). Elles sont extrêmement douloureuses au toucher.

§ II. — Diagnostic.

L'âge de la malade donnera au chirurgien une première indication, et l'examen au spéculum, s'il fait découvrir quelque lésion utérine, lèvera tous les doutes.

§ III. — Traitement.

Le traitement variera évidemment, suivant qu'il existera ou non une lésion utérine. S'il en existe, il y aura peu de chose à tenter; car cette tumeur n'ajoutera que fort peu aux souffrances de la malade.

Si l'utérus est indemne, le traitement des tumeurs vasculaires est de tous points applicable en ce cas. On mettra, cela va sans dire, le plus grand soin à détruire exactement toutes les portions du mal, à cause de la facilité avec laquelle il récidive.

CHAPITRE VI

URÉTHRITE, RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE, IRRITABILITÉ DE LA VESSIE.

ARTICLE PREMIER.

URÉTHRITE.

Nous devons à Ashwell (1) la première description de cette maladie. Ses observations se rapportent toutes à la forme chronique; mais M'Clintok a publié des faits d'uréthrite aiguë. Celle-ci peut survenir chez la femme à tout âge, pendant la grossesse, ou même en dehors de toute excitation des organes génitaux. Trois malades d'Ashwell étaient des veuves. Sans doute

(1) Ashwell, *Diseases of women*, p. 742.

l'uréthrite peut être vénérienne, ou accompagner une affection cancéreuse; mais je ne parle pas de ces faits. Je constate seulement que l'uréthrite peut exister indépendamment de l'une ou l'autre de ces affections. Elle peut être aiguë ou chronique.

§ I. — Causes.

Les causes paraissent très-obscures. Ashwell croit que les femmes nerveuses, irritables, y sont plus sujettes; il pense aussi que le chagrin ou la dépression morale peut n'être pas sans influence sur la production de cette maladie. Chez une femme à laquelle je donne mes soins, l'uréthrite a suivi une éruption pustuleuse du col utérin. Je ne sache pas que affection ait jamais été constatée à la suite du travail de l'enfantement.

§ II. — Symptômes.

Le principal symptôme est une sensation de brûlure vive, constante, ou par paroxysmes, le long du canal, même en dehors de la miction, qui l'augmente considérablement. Il y a de plus du ténesme et de la pesanteur sur le périnée. Les urines peuvent n'avoir subi aucun changement, soit dans leur qualité, soit dans leur quantité; mais elles sont rendues si fréquemment, qu'il n'y en a chaque soir qu'une très-petite quantité. Ashwell a noté que souvent, pendant plusieurs jours de suite, elles étaient légèrement albumineuses; dans d'autres cas, elles contenaient de l'acide lithique; d'autres fois, elles contenaient du mucus épais et filant; quelquefois, mais rarement, elles contiennent du pus; plus souvent elles sont teintes de sang; mais ce phénomène est déterminé par la strangurie. Il n'y a aucun écoulement vaginal ou utérin. A l'inspection, il n'y a aucune trace d'inflammation de la vulve ou du vagin. Si l'on écarte les lèvres du méat, on trouve la muqueuse du canal d'un rouge intense, et celle-ci peut être tellement boursouflée, qu'elle fasse saillie au dehors, comme le note M'Clintock dans une de ses observations. Le passage d'une sonde est excessivement douloureux; mais cette douleur ne s'étend pas à la vessie, dans laquelle on ne constate aucune trace de calcul ni d'aucune autre maladie. La pression exercée le long de l'urèthre dans des cas de forte intensité est très-douloureuse, et alors le coït devient très-pénible, ce qui n'arrive pas dans les cas de moyenne intensité. Au premier abord, le jet de l'urine peut être parfaitement libre; mais souvent il est brusquement interrompu, probablement à cause d'une contraction spasmodique, et à cet arrêt soudain succéderont des efforts violents et très-pénibles! La constitution n'est pas altérée, même par une longue durée de la maladie. La menstruation poursuit son cours régulier; il n'y a pas de vomissements, l'appétit est nul ou capricieux. La malade prend un aspect fatigué et découragé, autant à cause de la privation de sommeil que par les souffrances elles-mêmes.

§ III. [[Diagnostic.]]

[[Les auteurs modernes qui ont donné des descriptions de la maladie, Alph. Guérin (1), Courty, distinguent la maladie eu égard à son origine en simple et virulente. Pour eux l'uréthrite simple est probablement toujours consécutive à des irritations directes de l'urèthre, tandis que l'uréthrite virulente est presque toujours consécutive au contact du virus vaginal retenu par les petites lèvres et qui arrive au contact de l'urèthre; quelquefois aussi elle pourrait être la conséquence immédiate du coït.

M. Alph. Guérin a décrit deux glandes dont les conduits excréteurs s'ouvrent très-près du méat, mais en dehors du canal, ces glandes peuvent s'enflammer, il décrit l'inflammation de ces glandes sous le nom d'uréthrite externe, la connaissnce de ces glandes est très-importante en ce qu'elles servent souvent de dernier refuge à la blennorrhagie et qu'il est nécessaire alors pour amener la guérison complète de faire des injections caustiques dans leur intérieur.

Rappelons en terminant une remarque faite par M. Alph. Guérin. Il nous dit que si l'uréthrite existe en même temps que la vaginite, on doit affirmer qu'elle est le résultat d'une contagion blennorrhagique, tandis que si la vaginite existe sans uréthrite on a de grandes chances pour que la vaginite soit simple. Cette distinction souffre peut-être quelques exceptions, mais elle est au moins vraie dans la majorité des cas.]]

§ IV. — Traitement.

Ashwell fait remarquer que le traitement doit varier suivant la gravité au cas particulier. Quand cette maladie est de date récente et peu intense, il n'est nécessaire d'employer ni le mercure ni les caustiques. Dans des cas analogues à ceux qu'a rapportés M'Clintock, le copahu à la dose de 30 ou 40 centigrammes, trois fois par jour, doit être continué jusqu'à ce que les symptômes prédominants aient cédé. L'effet de ce traitement doit être secondé par l'usage d'une diète douce et de boissons délayantes ; on proscrira l'usage du vin et des alcooliques ; un bain de siége tiède, fait avec une forte décoction de têtes de pavot, et prolongé matin et soir pendant une demi-heure, calmera les douleurs. Il est à peine nécessaire de dire qu'il faut maintenir le ventre libre et conseiller la position horizontale; car la constipation et la fatigue augmentent singulièrement les douleurs. J'ai quelquefois, avec beaucoup de succès, appliqué des sangsues au périnée ou au pourtour du méat urinaire. Comme on trouvera de plus amples détails sur le traitement dans les observations qui suivront, je ne veux pas m'exposer à des redites en y insistant en ce moment. Je dois cependant prévenir le praticien qu'il ne doit pas promettre plus qu'il ne

(1) A. Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme.* Paris, 1864.

pourrait tenir. Dans certains cas, il n'arrivera même pas à soulager la malade, il devra insister sur la longueur du traitement ; de cette façon, il ne perdra pas la confiance de la malade qui peut être assurée qu'elle guérira ; car je ne connais pas un seul cas qui ait irrévocablement résisté au traitement approprié.

M'Clintock, dans un cas, a employé les lotions astringentes, calmantes, les caustiques, sans aucun effet marqué, mais la maladie céda rapidement à l'administration du baume de copahu, à la dose d'une capsule, trois ou quatre fois par jour. Dans un second cas, il commença le traitement par le copahu et réussit à guérir la malade sans aucune application topique.

Dans quelques cas, quand l'uréthrite se compliquait d'irritation réflexe de la vessie, des injections de nitrate d'argent dans cet organe ont réussi à calmer et à faire disparaître l'inflammation uréthrale.

[[« Le traitement par le *mercure* indiqué par l'auteur, n'a guère sa raison d'être aujourd'hui que l'on reconnaît que la blennorrhagie n'est point de nature syphilitique.

« Quant au copahu, nous voyons dans Alph. Guérin et dans Courty que ce médicament n'a pas la même efficacité contre les écoulements uréthraux de la femme que dans la blennorrhagie chez l'homme. Les moyens préconisés par ces deux médecins sont les bains tièdes émollients prolongés et la cautérisation de l'urèthre par l'introduction d'un crayon de nitrate d'argent. Cette opération un peu douloureuse et suivie d'un léger écoulement de sang n'a que rarement besoin d'être renouvelée. Un bain tiède est administré ensuite pour calmer les douleurs. Le rétrécissement de l'urèthre consécutif à cette cautérisation ne se produit jamais chez la femme.

Quelquefois aussi on fera une injection astringente dans les canaux excréteurs des glandes signalées par A. Guérin. »]]

ARTICLE II

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE.

Ma propre expérience ne m'autorise pas à parler du rétrécissement de l'urèthre comme d'une maladie fréquente chez la femme. Mais j'ai rencontré deux faits de rétrécissements que je regarde comme spasmodiques. Ils me paraissent assez intéressants et assez rares pour que je leur donne place dans ce livre.

Observation I. — Les deux malades étaient des veuves de soixante à soixante-dix ans. Ni l'une ni l'autre n'avaient de maladie utérine; mais toutes deux avaient une petite excroissance à l'orifice de l'urèthre. Les symptômes débutèrent environ deux mois avant que je ne fusse consulté : difficulté à uriner, et des envies fréquentes de satisfaire ce besoin. Ces phénomènes augmentèrent jusqu'au moment où il y eut une rétention complète pendant plusieurs heures. Il y avait alors un besoin pressant, des efforts violents, des douleurs

gravatives, intenses, puis après un certain nombre d'heures et à l'aide de bains et de lotions chaudes, la malade pouvait peu à peu vider sa vessie et obtenir, pour un temps, un grand soulagement. Il n'y avait pas chaque fois la même somme d'efforts et de douleurs, mais il y avait généralement un véhément paroxysme qui se produisait le matin. La quantité d'urine rendue chaque fois n'était pas excessive, mais équivalente à peu près à celle que contient sans inconvénient la vessie d'une femme bien portante ; la qualité, la couleur et la composition n'en étaient pas changées.

Avant que j'eusse vu l'une ou l'autre de ces malades, on avait essayé de tout, mais sans succès.

Tout d'abord, je cherchai à vider la vessie au moyen de la sonde : je ne pus le faire avec un instrument d'un volume ordinaire, l'orifice paraissait obstrué par une excroissance vasculaire ; l'urèthre, exploré par le vagin, me semblait épaissi et plus dur qu'à l'état normal. Je pus cependant introduire une petite sonde flexible à environ un pouce dans le canal, mais je fus arrêté, et en y mettant la force que la prudence me commandait de ne pas dépasser, je ne pus aller plus loin et fus obligé de retirer l'instrument à cause de la douleur qu'il provoquait. Après un certain temps, la douleur se calma et la malade crut qu'elle pouvait uriner plus facilement.

Un autre jour, je réussis à passer la sonde et j'obtins un soulagement immédiat. Une troisième fois, je ne pus pénétrer dans la vessie. La même chose m'arriva avec mes deux malades : tantôt je pénétrais dans la vessie, tantôt j'étais arrêté, presque aussitôt la sonde introduite dans le canal. Cependant, même lorsque l'opération réussissait, je ne paraissais pas gagner de terrain, je ne pouvais, même éclairé par d'autres avis, me faire une idée de la nature de l'obstacle qui évidemment était très-grand.

Je me décidai alors à suivre un autre plan : je me munis d'un certain nombre de bougies depuis le plus petit jusqu'au plus fort diamètre. Je les passai successivement depuis le numéro 1 jusqu'au numéro 5, qui ne put pas pénétrer. J'introduisis de nouveau le numéro 4, que je laissai en place pendant un quart d'heure.

Le lendemain et les jours suivants, je recommençai de même jusqu'à ce que je pusse débuter par le numéro 4 et continuer jusqu'à l'introduction du numéro 8, et enfin je pus faire pénétrer une sonde du plus fort calibre. Quinze jours après, mes deux malades pouvaient uriner facilement, et, depuis, elles n'ont jamais eu besoin de mon secours.

Je crois pouvoir affirmer que le succès du traitement prouve suffisamment la nature spasmodique de ces rétrécissements ; car s'il y avait eu un rétrécissement organique, le soulagement n'aurait pas été si rapide et n'eût point été définitif.

ARTICLE III

IRRITABILITÉ RÉFLEXE DE LA VESSIE.

De toutes les formes de l'irritabilité réflexe dépendant de maladies de l'utérus ou du vagin, je n'en connais pas qui soit plus pénible que celle

dont il est ici question, et qui ait si peu attiré l'attention des auteurs. J'en ai observé un cas, il y a peu de temps, et la malade me disait qu'elle était obligée de se relever quinze fois pendant la première heure qui suivait son coucher pour essayer d'uriner. De pareils cas sont très-souvent pris pour des maladies de la vessie, tandis que des formes plus bénignes sont souvent passées sous silence. L'exemple le plus familier à tous est certainement l'envie fréquente d'uriner qu'on observe chez certaines femmes au début d'une grossesse. Sans doute, ce phénomène peut dépendre en partie d'une compression mécanique, en partie d'une irritation réflexe après le second mois ; mais j'ai observé un fait de cette maladie survenant aussitôt après la conception, alors qu'il ne pouvait être question de compression.

Cette affection peut être caractérisée, soit par des envies plus fréquentes d'uriner sans douleur et sans difficultés, soit, au contraire, avec douleur, *ténesme* et efforts impérieux pour rendre encore quelques gouttes d'urine alors que la vessie est vide.

Dans la grande majorité des cas, l'état de l'urine ne donne aucun renseignement ; tous les caractères sont normaux, cependant j'ai vu une ou deux exceptions à cette règle.

Je n'ai pas besoin de dire combien cette maladie est pénible. Dans les cas légers, elle n'est pour la malade qu'un ennui ; dans d'autres, l'irritation incessante, la douleur, la privation de sommeil, épuisent la femme, la rendent pâle et languissante. L'appetit devient capricieux, le moral est déprimé et la malade est poursuivie de la crainte de quelque terrible maladie.

J'ai rencontré cette irritation réflexe de la vessie dans des conditions très-différentes du vagin et de l'utérus. Je l'ai observée quelquefois chez des jeunes filles vierges, en même temps que de la dysménorrhée, surtout si la menstruation était peu abondante, ou bien dépendant d'une vaginite aiguë (non vénérienne), d'une ménorrhagie sans érosion, de congestion ou d'inflammation chronique avec érosion du col utérin. J'ai souvent remarqué que la douleur et l'anxiété ne sont pas en raison directe de l'étendue ou de la gravité de la lésion.

Quelle preuve puis-je avoir, me dira-t-on, que c'est à une irritation réflexe que j'ai eu affaire ? D'abord, et à peu d'exceptions près, l'urine conserve sa composition normale, bien que l'irritation vésicale eût pu durer longtemps. Ensuite on arrive à guérir l'affection vésicale sans diriger contre elle aucun traitement.

Parlons à présent des exceptions. Dans quelques cas très-rares et qui avaient duré un fort long temps, il existait un dépôt muqueux dans l'urine ou bien un peu de sang, ou bien une augmentation dans le chiffre des phosphates ou des purpurates.

§ I. — Diagnostic.

Dans la plupart des cas, je ne crois pas que le diagnostic offre aucune difficulté, à moins qu'on ne s'en tienne à l'examen des symptômes vési-

caux seulement. Les conditions normales de l'urine d'un côté, de l'autre l'existence d'une affection vaginale ou utérine telle que je l'ai décrite, démontreront au moins la possibilité de la nature réflexe de l'irritation vésicale. L'examen au moyen de la sonde montrera qu'il n'existe pas de pierre dans la vessie, et enfin la guérison de cette irritabilité suivra presque aussitôt celle de la maladie primitive.

Dans les cas graves, le diagnostic n'est pas tout à fait aussi facile. Des symptômes à peu près identiques accompagnent la présence des calculs dans la vessie, et souvent une main habile n'arrivera pas à en constater l'existence.

Observation I. — Je fus mandé près d'une jeune dame qui souffrait beaucoup, surtout la nuit, d'envies fréquentes d'uriner, avec ténesme et douleur. On avait remarqué que, toutes les fois que les règles étaient irrégulières, ce phénomène se produisait avec plus d'intensité. Elle avait eu des périodes de rémission complète, et des rechutes à des époques différentes. Bien que l'état des urines me conduisît à penser qu'il existait ou une pierre dans la vessie, ou quelque maladie de cet organe, et qu'un examen antérieur n'en eût pas fait découvrir de traces, il me sembla qu'il pouvait cependant y avoir quelque connexité entre les symptômes décrits et l'irrégularité de la menstruation. J'institua un traitement qui ramena la régularité des époques menstruelles et en même temps un soulagement marqué ; mais je ne me tenais pas pour satisfait, je fus autorisé à faire un nouvel examen de la vessie, et je découvris un calcul qui fut extrait et la malade fut guérie. Un examen soigneux peut seul assurer le diagnostic, car j'ai vu des douleurs tout aussi vives, alors qu'il n'y avait pas de calcul dans la vessie.

§ II. — Traitement.

Je n'ai pas grand'chose à dire du traitement dans les cas de médiocre intensité ; mais il faut se garder de promettre une guérison rapide. Le traitement d'une congestion ou d'une ulcération peut être long, et l'amendement des symptômes vésicaux peut ne commencer que lorsque la maladie primitive est près d'être guérie. Je soigne depuis trois ou quatre mois une dame qui m'a consulté pour une irritation réflexe de la vessie et des reins, dépendant d'une congestion avec ulcération du col utérin; les symptômes qu'elle présentait ressemblaient à ceux d'une grossesse au début. La maladie utérine est actuellement guérie, et cependant il n'y a que quelques semaines que l'irritabilité de la vessie et des reins a disparu. Je n'ai fait directement contre ce symptôme aucun traitement.

D'abord il faut s'assurer qu'il n'existe ni pierre, ni lésion organique ; puis il faut traiter l'affection primitive. Chacun, je n'en doute pas, a son remède favori ; celui-ci emploie le nitrate d'argent, celui-là préférera des topiques plus énergiques. Pour moi, je me sers de temps à autre d'acide nitrique, puis je fais une application régulière deux fois par semaine d'une teinture d'iode concentrée, et je conseille des injections journalières d'eau

froide. Après une expérience d'un grand nombre d'années, je suis arrivé à donner la préférence à l'iode; non-seulement il diminue la congestion et guérit l'érosion, mais encore il diminue le volume de l'utérus. S'il existe de la vaginite, il ne faut pas employer l'iode avant la guérison complète de celle-ci, qu'on obtient aisément par un badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent.

Si la menstruation est excessive, il faut s'efforcer de la modérer, car on n'arriverait pas à guérir la congestion. On peut arriver à ce résultat soit avec l'ergot de seigle, le chanvre indien, l'acide gallique ou le remède styptique de Ruspin.

Dans les cas plus intenses, quand on est convaincu qu'il n'y a pas de calcul, j'emploie les mêmes moyens que j'ai indiqués plus haut ; j'y ajoute une injection d'une solution de nitrate d'argent dans la vessie, 30 à 50 centigrammes dans 2 onces d'eau à laquelle je mêle de 10 à 20 centigrammes d'extrait de belladone et 20 centigrammes d'extrait aqueux d'opium. Cette injection doit être retenue quelques minutes et rejetée ; elle est douloureuse la première fois, puis les malades la supportent plus facilement. On peut la renouveler deux ou trois fois par semaine jusqu'à ce qu'on ait obtenu du soulagement. Je dois cette méthode de traitement à Hutton et je me porte garant de son efficacité. Dans quelques faits très-graves, je l'ai vue réussir alors que tout le reste avait échoué et que la guérison de l'irritabilité réflexe n'avait pas suivi la guérison de la maladie primitive.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il faut surveiller avec attention l'état de la santé générale, s'il se présente de ce côté quelque indication ; cependant je dois dire que le plus souvent le traitement local m'a toujours suffi.

CHAPITRE VII

CANCROÏDE ET CANCER DE LA VULVE, LUPUS, ETC.

ARTICLE PREMIER

ULCÈRE RONGEANT DE LA VULVE.

Sous le nom d'*esthiomène*, Huguier (1) a décrit une maladie des grandes lèvres et de la vulve ressemblant beaucoup au lupus de la face [[et qui serait même, d'après la plupart des auteurs modernes d'origine, strumeuse]]. Ce n'est pas une maladie très-commune. Elle se montre chez des femmes de vingt à cinquante ans et paraît résulter d'un délabrement de la constitution, du besoin, du mauvais air, d'une alimentation insuffisante. Cette affection siége surtout dans le conduit vulvo-vaginal, et la conformation

(1) Huguier, *Mémoire sur l'esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale* (*Mém. de l'Acad. de médecine.* Paris, 1849, vol. XIV, p. 501).

particulière de cette partie peut bien ne pas être étrangère à cette prédisposition. Huguier en a décrit trois formes qui correspondent aux formes superficielle, profonde ou hypertrophique que Biett a décrites pour le lupus; il a en outre ajouté d'autres subdivisions.

La forme superficielle, à son degré le plus léger, est caractérisée par une coloration rougeâtre ou rouge bleuâtre de la peau qui recouvre le mont de Vénus et les grandes lèvres, sans vésicules, pustules ou tubercules; l'aspect en est lisse, légèrement luisant, et en même temps on voit la peau se soulever par minces écailles. La seconde période est marquée par le développement de tubercules isolés ou confluents. Ils sont plats, d'une coloration livide, rouge ou violacée, de forme ovale ou circulaire; ils sont mous et peu sensibles au toucher. La peau qui les sépare est à peu près saine. Ils peuvent rester longtemps sans aucun changement; mais enfin ils se rencontrent, se confondent, se ramollissent et suppurent au centre. Alors l'ulcère s'étend graduellement sans direction spéciale, soit en superficie, soit en profondeur, rongeant les parties les plus molles dans le vagin, au périnée ou autour du rectum, et fait des ravages horribles.

En même temps, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané s'hypertrophient et s'infiltrent.

On observe donc à la fois, dit Huguier, de l'inflammation, de la déformation, de l'induration et de l'épaississement, ainsi que l'ulcération, la destruction, l'hypertrophie et l'infiltration. Les canaux et les orifices de cette région sont ulcérés, augmentés et rétrécis; les plis de la peau ou de la muqueuse sont développés, épaissis, et les ulcérations sont plus ou moins étendues ou profondes.

Si l'on examine les parties au microscope, on trouve trois couches distinctes : la première, composée d'épithélium pavimenteux, chaque cellule contient un noyau circulaire ou ovale, comme des cellules d'épiderme ; la seconde est composée de fibres fusiformes à noyaux, mélangées à une masse de cellules épithéliales et à des faisceaux de tissu cellulaire; la troisième couche est composée d'un tissu plus mou, plus vasculaire, plus filamenteux ; les éléments dominants sont du tissu cellulaire, des vaisseaux et des fibres à noyaux (fig. 41).

Un fait très-remarqué dans l'histoire clinique de cette maladie, c'est qu'il y a peu de douleur locale et peu de retentissement sur l'organisme. La plupart des malades conservent leur embonpoint, quelques-unes même toute leur fraîcheur. Il y a peu de douleur ou de sensibilité, quelquefois un peu de démangeaison, plus rarement de la chaleur. La menstruation est régulière, la miction n'est pas douloureuse et même le coït n'est pas pénible ; seulement, quand l'ulcération a envahi les orifices vaginal ou uréthral, quand il y a des fissures, des ulcérations ou des crevasses, de grosses tumeurs entre les cuisses avec induration et rétrécissement du rectum, la malade maigrit, la digestion souffre. Il survient de la diarrhée colliquative, et la malade meurt dans le marasme, après que la maladie a duré un

long temps. Dans deux cas, le canal intestinal avait été atteint, perforé, et il s'en était suivi une péritonite mortelle.

§ I. — Diagnostic.

Il n'est pas toujours facile. On pourra hésiter entre la syphilis ou une simple hypertrophie, l'éléphantiasis ou le cancer. Les antécédents sont une

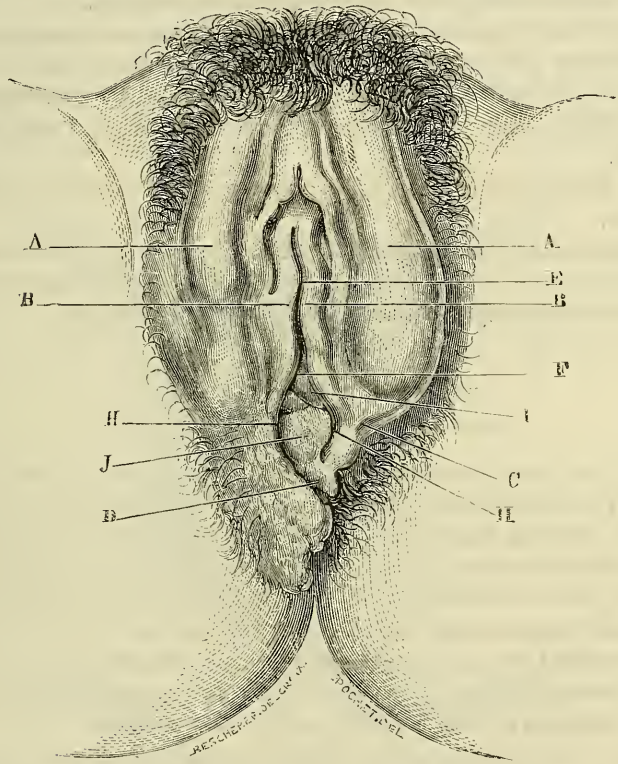


Fig. 41. — Cas d'esthiomène perforant et hypertrophique du périnée et de l'anus (*).

base indispensable d'un bon diagnostic. Le siége et le caractère des tubercules et des ulcérations, ainsi que l'absence de souffrances locales ou constitutionnelles, doivent entrer en ligne de compte.

§ II. — Traitement.

Le traitement général est le même que pour le lupus de la face.

Le repos est absolument nécessaire. Des lotions journalières, des bains,

(*) A,A, grandes lèvres ; B,B, nymphes ; C, enfoncement anguleux représentant la cicatrice d'une ancienne ulcération; D, crête saillante formée par le raphé périnéal et quelques plis de l'anus qui se soutiennent avec la nymphe ; EF, enfoncement fistural qui remplace le vestibule et le méat urinaire ; HH, ulcération qui circonscrit l'extrémité inférieure du vagin ; I, tubercule antérieur du vagin ; J, orifice inférieur du vagin, très-rétréci. (Huguier, *Observation* V, p. 560 et pl. II.)

des injections, des lavements doivent être conseillés, suivant les indications. Huguier préconise les onctions avec l'iodure de plomb, l'iodure de soufre, l'iodure de potassium, le calomel, et quelquefois il emploie l'onguent napolitain. Quand la maladie est superficielle, de légères cautérisations avec le nitrate d'argent sont utiles.

Si tous ces moyens locaux ou généraux ne réussissent pas, on peut tenter l'ablation des parties hypertrophiées ou indurées.

Dans un cas, Huguier a réussi; mais on ne comprend pas que ce moyen puisse réussir quand l'ulcération s'est étendue intérieurement.

Dans le cas où la guérison survient, il faut éviter le rétrécissement du vagin ou de l'anus, au moyen de tentes de charpie, d'éponges ou de bougies.

Pour plus de détails, je renvoie mes lecteurs à l'excellent mémoire de Huguier.

Jonathan Hutchinson a publié le résultat de treize cas de cancer épithélial de la vulve, traités par l'excision ou la ligature. Dans trois cas, la maladie récidiva; mais onze fois les malades guérirent (1).

ARTICLE II

CANCER DES GRANDES LÈVRES OU DE LA VULVE.

Je n'ai pu réunir que peu de faits de cancers des grandes lèvres qui ne fussent pas l'extension de la maladie à un siége plus profond. Je n'ai pas été plus heureux quand j'ai eu recours à l'expérience de mes collègues. Avant l'année dernière, je n'avais pas rencontré un seul exemple de cette maladie, mais cette année j'en ai vu trois. Deux fois, je l'ai constatée chez des femmes mariées, multipares, et une fois chez une vierge d'âge moyen. Chez ces trois femmes, la grande lèvre gauche était atteinte. En outre, j'ai vu en consultation une femme qui offrait sur les grandes lèvres, dans la vulve, plusieurs nodules d'une apparence très-suspecte.

Tous les cas que j'ai vus étaient à leur dernier période; aussi ne puis-je, d'après mon expérience personnelle, parler du début de la maladie; mais il me fut dit que la grande lèvre se tuméfia, devint dure et très-douloureuse. Les malades croyaient au développement d'un furoncle ou d'un abcès. Plus tard la partie la plus saillante s'ulcéra et donna issue à un liquide très-irritant. Lorsque je fus appelé à donner mon avis, la grande lèvre avait trois ou quatre fois son volume normal; elle était très-dure, fendillée dans diverses directions et présentait des ulcérations profondes.

La consistance pierreuse et le gonflement avaient gagné au-dessus du ligament de Poupart, comprenant les glandes de l'aine et un peu la partie supérieure de la cuisse.

La consistance et l'aspect général des parties caractérisent tellement le

(1) J. Hutchinson, *Med. Times and Gaz.*, 20 octobre 1860.

cancer, que, même au début, le diagnostic n'est pas difficile, et plus tard les caractères de l'ulcération enlèvent jusqu'au moindre doute.

Pendant la session 1861-62 de la Société obstétricale, M'Clintock a présenté trois observations, avec des planches dont il m'a laissé le libre usage.

Observation I. — A. F..., âgée de cinquante et un ans, a eu sept enfants; mais, lorsqu'elle a été admise à l'asile des maladies chroniques, elle était veuve depuis douze ans. Elle avait cessé d'être réglée depuis deux ans, et, quelques mois avant son admission, elle avait remarqué dans une des petites lèvres un noyau dur et avait de fréquentes démangeaisons. Cette tumeur avait graduellement augmenté en comprenant les parties voisines. Elle s'était ulcérée. La base de l'ulcération était extrêmement dure, et l'on remarquait à la surface des taches mélaniques qui accompagnent rarement le cancer dur. De

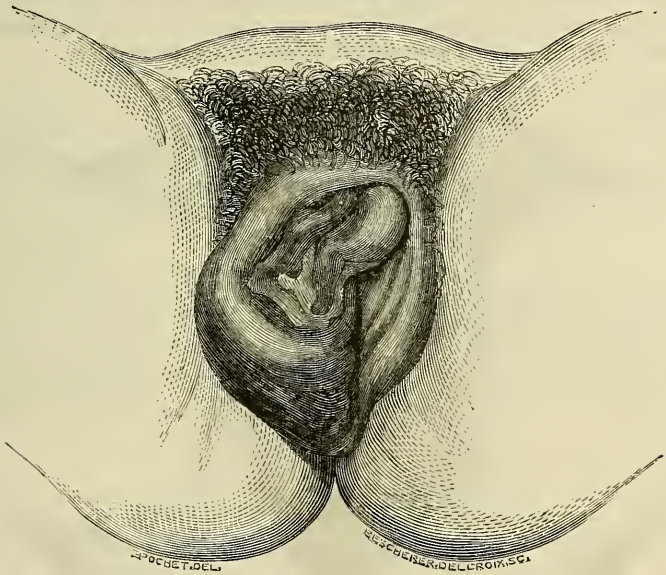


Fig. 42. — Cancer de la lèvre et de la vulve (M'Clintock).

temps en temps, il y avait un léger écoulement de sang et la malade éprouvait quelquefois des douleurs lancinantes. Le vagin et l'utérus étaient sains. Il existait dans les deux aines des ganglions indurés.

Le chlorure de zinc et le sulfate de zinc desséché furent, à diverses époques, appliqués sur la tumeur. Avec le chlorure de zinc il se détacha une large eschare. La malade souffrit beaucoup, et ne retira aucun bénéfice de ces applications.

Observation II. — Une femme âgée de soixante-six ans était très-tourmentée de prurit de la vulve; puis il survint plus tard une tumeur, et six mois après son apparition elle vint se confier aux soins de M' Clintock.

Le clitoris était énormément hypertrophié, induré et partiellement ulcéré. Le gonflement s'étendait au côté droit du vagin, formant à ce niveau une tumeur de coloration livide. Le toucher, malgré les difficultés qu'il présentait,

fut pratiqué avec le plus grand soin et permit de constater que l'utérus était sain. On diagnostiqua un cancer des grandes lèvres, et l'état avancé de la maladie ne nous permit de tenter aucune opération. La figure 42 donne une bonne idée de l'apparence qu'offrait cette tumeur.

Observation III. — Une femme âgée de soixante-sept ans, mère de dix enfants.. Le périnée tout entier, le mont de Vénus et la grande lèvre droite présentaient une surface étendue et continue de cancer épithélial : des tubercules cancéreux s'étaient développés dans les aines et menaçaient de s'ulcérer. La maladie, au dire de cette femme, datait d'un an et s'était développée presque sans douleurs. Elle éprouvait une sensation de brûlure et avait quelquefois de la difficulté à uriner. Il y avait eu quelques petites hémorrhagies. La maladie avait débuté dans l'aine droite et s'était peu à peu étendue à la grande lèvre droite; le vagin et l'utérus étaient sains. La malade vécut encore douze mois. La figure 43 donne une idée très-exacte du volume, de l'étendue et de l'apparence granuleuse de cette tumeur maligne.

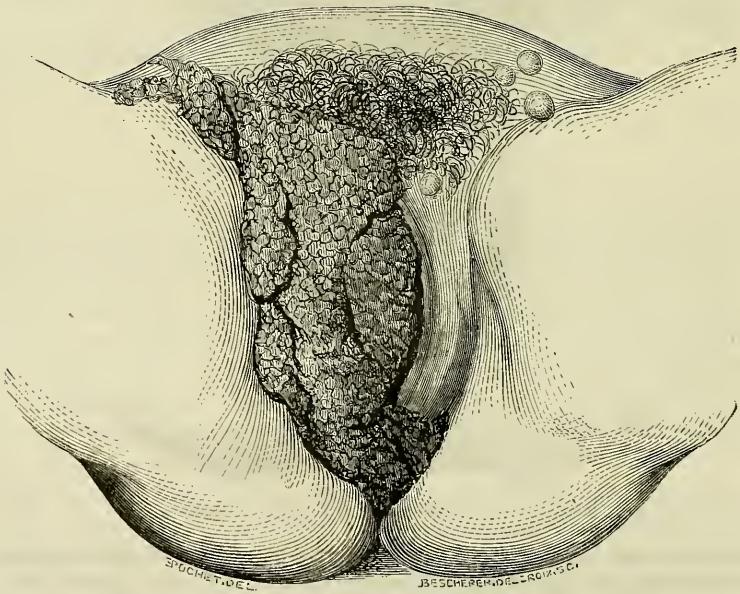


Fig. 43. — Cancer de la vulve (M'Clintock).

Ces trois observations sont des faits d'affection carcinomateuse des organes génitaux externes; car l'examen le plus sérieux des parties internes ne nous a fait découvrir aucune lésion de l'utérus ni du vagin.

Il n'y a pas de remède curatif; mais au début on tâchera de ralentir la marche du mal, en améliorant l'état général par une bonne nourriture et un peu d'exercice. Plus tard, le soulagement n'est apporté que par des moyens calmants, des lotions rafraichissantes, spécialement celles qui pourront neutraliser l'odeur.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES

SECTION PREMIÈRE

MALADIES DU VAGIN.

CHAPITRE PREMIER

OCCLUSION DU VAGIN.

L'occlusion du vagin n'est pas toujours la conséquence d'une lésion, et ordinairement elle n'est pas une cause de danger; cependant elle peut donner lieu à de grands inconvénients.

L'occlusion peut être complète ou incomplète; elle peut être congénitale ou acquise; elle peut, en outre, siéger dans des points variables du canal vaginal.

Je me propose donc de décrire : 1° les vices de conformation congénitaux; 2° ceux qui résultent de maladie ou de blessures. Dans chaque division, nous les considérerons en suivant un ordre anatomique, c'est-à-dire en commençant par l'occlusion de l'orifice, puis nous décrirons l'occlusion du canal.

ARTICLE PREMIER

PERSISTANCE DE L'HYMEN.

§ I. — Symptômes.

Sous ce titre, je comprendrai les cas dans lesquels l'hymen, même normal ou régulièrement perforé, offre une résistance telle qu'on le retrouve intact dans les conditions où il aurait dû être détruit. Il n'est pas douteux que ce fait peut dépendre de la résistance seule de l'hymen; mais il peut aussi dépendre de l'insuffisance des forces destinées à surmonter l'obstacle. Jusqu'au mariage, il est évident qu'en pareil cas on n'observera pas d'effets anormaux. Les règles peuvent couler librement, et à moins que quelque lésion utérine ne demande un examen local, cette particularité passe inaperçue.

Dans la majorité des cas, l'hymen, après le mariage, est dilacéré ou dilaté; mais quelquefois il peut être assez résistant pour mettre obstacle à l'intromission complète. Il peut alors résulter de grands inconvénients et beaucoup de douleur de ces tentatives infructueuses qui amènent une

violente irritation des parties, et peuvent faire croire à quelque vice de conformation qui s'opposerait à l'accomplissement régulier de l'acte générateur. J'ai plus d'une fois vu le trouble s'introduire dans une famille à la suite de faits de cette nature. Quelquefois aussi il existait une irritation si grande, qu'elle s'opposait à tout rapprochement. Dans un cas pour lequel je fus consulté, je trouvai l'hymen persistant et rigide; l'orifice vaginal était très-étroit, mais l'urèthre était extrêmement dilaté, et je pus me convaincre que les rapports sexuels avaient lieu dans le canal uréthral. Beck signale un fait semblable. M. Davis en cite un autre, d'après Champion (1). Je ne crois pas qu'il existe d'autres observations de ce genre; mais elles sont une preuve suffisante du degré de résistance que peut offrir cette membrane.

En médecine légale, la rigidité et la persistance de l'hymen sont signalées à juste titre comme des causes de stérilité auxquelles on peut remédier. Beaucoup d'entre nous ont pu voir comme moi la stérilité cesser par la destruction artificielle d'un hymen résistant, comme le rapporte Oldham (2).

Nous ne devons pas conclure de là qu'un hymen résistant implique nécessairement la stérilité ; il y a de nombreuses observations qui prouvent le contraire. Fodéré (3) rapporte une observation d'après Fabricius, dans laquelle il s'agit d'un mari qui demanda la dissolution de son mariage, parce qu'il ne pouvait avoir de rapports complets avec sa femme. La femme, examinée, fut trouvée enceinte, et une incision détruisit aussitôt l'obstacle (4). Tucker, Merriman (5), Davis (6) et Crosse (7) ont publié des observations semblables, dans lesquelles l'orifice vaginal aurait à peine admis un pois; et cependant la conception eut lieu.

Beaucoup d'autres observations pourraient encore être citées à l'appui de cette assertion.

J'ai donné mes soins à une dame pendant son accouchement. Son hymen était entier et parfaitement distinct, et l'orifice vaginal était si petit, que mon doigt ne pouvait atteindre la partie fœtale qui se présentait. Il était impossible que l'intromission ait eu lieu, j'ai observé deux autres cas analogues. Je soupçonne que, dans ces circonstances, il peut arriver que l'élasticité de la membrane permette une intromission incomplète, et ainsi s'expliquerait la possibilité de la conception.

J'ajouterai encore que l'hymen, au lieu de présenter, comme c'est l'ordinaire, une ouverture semi-lunaire à la partie supérieure, peut être perforé

(1) Champion, *Journal universel*, vol. XL, p. 241.
(2) Oldham, *Med. Gazette*. 1849, p. 48.
(3) Fodéré, *Traité de Médecine légale et d'Hygiène publique*. Paris, 1813.
(4) Beck's, *Medical Jurisprudence*, p. 63.
(5) Merriman, *On difficult parturition*, p. 216.
(6) Davis, *Obstetric Medicine*, vol. I, p. 104, 105.
(7) Crosse, *Cases in Midwifery*, p. 55.

d'un ou plusieurs pertuis à son centre, ou bien encore il est divisé en plusieurs bandes placées en travers de l'orifice vaginal.

§ II. — Traitement.

Heureusement le traitement de ces cas est fort simple, que la femme soit ou non enceinte.

Dans beaucoup de circonstances, l'orifice peut être dilaté au moyen de bougies de plus en plus grosses.

Si ce moyen échoue, on incisera la membrane avec le bistouri ou les ciseaux, et l'on empêchera la réunion des lambeaux au moyen d'une tente de charpie interposée entre eux. On emploiera ensuite les bougies, pour maintenir l'orifice dilaté.

ARTICLE II

IMPERFORATION CONGÉNITALE DE L'HYMEN (1).

Les cas sont très-nombreux dans lesquels l'orifice vaginal est complétement fermé, depuis l'urèthre jusqu'à la fourchette. Là où devrait être une fente on voit une simple ligne ou une membrane tendue. Je suis de l'avis d'Ashwell (2), qui pense que cette disposition doit être très-fréquente chez les jeunes enfants. J'en ai vu de nombreux exemples, quelquefois même deux ou trois dans la même famille, et je suppose que bien souvent les parents ou les enfants remédient eux-mêmes à cette anomalie avant l'âge où elle pourrait devenir gênante ; du moins il est bien sûr qu'elle est bien plus fréquente dans l'enfance qu'après la puberté (3).

Durant la première période de la vie, cette disposition n'a pas d'inconvénient; si l'on en est prévenu, on peut y remédier très-facilement, soit en écartant fortement les lèvres l'une de l'autre, soit en introduisant une sonde cannelée par la partie supérieure de l'hymen : en pressant légèrement sur l'instrument, on déchire facilement toute la membrane ; enfin, si les autres procédés échouaient, on a recours au bistouri. Une petite compresse trempée dans l'huile est introduite entre les lèvres ; autrement, elles se réuniraient, et l'opération serait à refaire.

§ I. — Symptômes.

Une fois la puberté arrivée, les règles ne pouvant s'échapper, des accidents se produisent. A chaque époque, la malade éprouve les phénomènes prodromiques de la menstruation : malaise, douleurs dans les reins, pesan-

(1) Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, *Histoire des anomalies de l'organisation*. 1832, t. I, p. 551.

(2) Ashwell, *Diseases of women*.

(3) [L'examen d'un très-grand nombre de nouveau-nés à la Maternité de Paris, ne m'a jamais permis de constater que cet accident soit aussi fréquent que semble le penser l'auteur. (Wieland.)]

teur sur le bas-ventre, fatigue générale, douleur de tête, etc., et chaque mois ces acccidents augmentent d'intensité, sans qu'on voie apparaître aucun écoulement. D'autres symptômes encore viennent s'ajouter, tels que; de la pesanteur à la vulve, la sensation d'un corps qui tend à descendre, et peu à peu une tumeur apparaît au-dessus du pubis. La santé générale s'altère, l'appétit diminue et même disparaît entièrement; il y a de la constipation, la figure est pâle et blême ; la malade est faible, languissante, incapable de faire aucun mouvement ; elle éprouve presque constamment de la gêne et même de la douleur dans le ventre.

A la fin, l'attention de la mère de la malade est éveillée par les douleurs dont se plaint sa fille, et en même temps par les accidents de congestion locale sans écoulement. On fait un examen complet, et l'on arrive alors à découvrir la cause des accidents. En écartant les grandes lèvres, au point où devrait se trouver l'orifice du vagin, on aperçoit une poche membraneuse qui fait une saillie plus ou moins considérable. Cette membrane est d'un rouge noirâtre ; elle est élastique, rénitente et plus ou moins douce au toucher, suivant son épaisseur. Si l'on appuie sur cette poche, on ne détermine aucune douleur, mais le doigt perçoit nettement la sensation d'un liquide. L'épaisseur de cette poche est très-variable : tantôt elle est mince comme les parois intestinales, tantôt elle est beaucoup plus épaisse. Dans plusieurs cas que j'ai pu observer, elle était pour le moins aussi épaisse que les parois du vagin. Dans le fait de Physic (1), cette membrane était d'une épaisseur extrême. Dans un autre cas, Cormack (2) a décrit cette poche comme une masse solide de chair.

Dans un fait observé par Debrou (3), il a eu à diviser une substance de 7 centimètres 1/2 de profondeur avant d'arriver sur l'utérus distendu. L'utérus était lui-même imperforé, et une ouverture fut faite pour donner issue au sang des règles. Par la suite, la menstruation s'établit, la malade se maria et devint enceinte. Au moment du travail, l'orifice utérin ne cédait pas, et Debrou fit plusieurs incisions latérales. Des convulsions survinrent, et il fallut terminer l'accouchement avec le forceps ; une péritonite se déclara au bout de deux jours, et la malade mourut le dixième.

Watson (4) a rapporté l'exemple d'une jeune fille qui n'avait jamais été réglée, mais qui avait des appétits sexuels. A l'examen, on trouva qu'elle n'avait pas de vagin ; il n'y avait point cependant de tumeur abdominale. Watson divisa les tissus jusqu'à la profondeur de 4 centimètres 1/2, et tomba dans la partie supérieure d'un canal conduisant à l'ouverture de la matrice. Le fait est que, malgré la bonne santé de la malade et la manifestation de désirs sexuels, la matrice n'était pas développée et les règles ne s'étaient jamais produites.

(1) Dorsey, *Surgery*, vol. II, p. 368.
(2) Cormack, *Medical Commentaries*, p. 187.
(3) Debrou, *Relation d'un cas d'oblitération complète et congénitale du vagin, avec imperforation du col de la matrice* (*Gazette médicale*, 18 janvier 1851, p. 32).
(4) Watson, *New-York Journal of medicine*, 1845.

Nous verrons un fait analogue dans un cas d'occlusion accidentelle du vagin.

Observation I. — A l'hôpital Saint-Barthélemy se présenta une femme avec une oblitération semblable de la partie inférieure du vagin. Une fois la membrane extérieure divisée, l'opérateur, M. Wormald (1), trouva que l'utérus était lui-même imperforé; il plongea un trocart au niveau de l'orifice et donna issue à 420 grammes de sang menstruel qui avait été retenu dans l'organe. La malade alla d'abord très-bien les premiers jours, mais elle mourut le huitième jour après l'opération.

Il est évident qu'à la vue et au toucher, les symptômes sont très-différents, quand la cloison est mince ou quand elle est épaisse : il faut toujours avoir ces différences présentes à l'esprit.

Si l'on examine l'abdomen au-dessus du pubis, sauf les cas d'atrophie de l'utérus, on trouvera une tumeur variable en volume, suivant la quantité de liquide qu'elle contient, semblable comme forme à l'utérus et occupant la position de cet organe. Si à cette tumeur on imprime un brusque mouvement, une chiquenaude par exemple, on devra sentir le contre-coup de cette chiquenaude sur la membrane étendue entre les lèvres, à moins qu'elle ne soit excessivement épaisse ; on percevra en même temps de la fluctuation. A l'examen par le rectum, on sent, au devant de cet organe, une poche distendue, en apparence remplie par du liquide, et pouvant être suivie jusqu'au rebord du bassin.

Tout naturellement, le degré de distension varie en haut et en bas, suivant la quantité de sang menstruel retenu. J'ai vu la tumeur être aussi volumineuse qu'un utérus au sixième mois de la grossesse.

Quelle est ou quelle pourrait être la terminaison naturelle d'un état semblable, si les choses étaient abandonnées à elles-mêmes? Il est difficile de le dire.

Dans un cas de Stedman (2), les règles paraissent s'être échappées par l'urèthre.

Dans une observation de Jackson (3), la terminaison fut la même : l'occlusion avait été découverte par la malade sept ans auparavant, mais on n'avait rien fait pour la guérir. Elle mourut subitement d'une autre maladie ; et, bien que la distension de l'utérus, des trompes de Fallope et du vagin eût été très-grande, que le sang se fût accumulé pendant plus de sept ans, probablement pendant dix, les tissus ne s'étaient rompus nulle part.

Je n'ai pas vu un seul exemple de rupture de l'utérus ni un seul cas dans lequel le liquide se fût ouvert une voie à travers les autres organes.

(1) Wormald, *Medical Times and Gaz.*, 11 décembre 1852, p. 592.
(2) Stedman, *Edinburgh medic. and surg. Journal*, vol. XXXVII, p. 26.
(3) Jackson, *Americ. Journal of medic. science*, juillet 1850.

Marchand (1) a rapporté le fait d'une personne qu'il opéra et qui perdit trois pintes de sang menstruel. La malade alla très-bien jusqu'au cinquième jour; elle fut alors prise de péritonite et mourut le neuvième jour. A l'autopsie, on trouva les trompes de Fallope remplies d'un sang noir jusqu'à leur extrémité ovarienne; il y avait même quelques gouttes de sang dans le péritoine, ce qui fit admettre par Marchand que cet épanchement de sang avait été la cause de la péritonite. Il peut en avoir été ainsi : mais il est assez curieux d'observer que cet épanchement n'eut lieu qu'après que la distension eut cessé, et l'on ne doit pas oublier que, dans ces cas, en dehors de toute effusion de sang, il y a toujours une tendance à la péritonite. On comprend facilement la possibilité d'un pareil accident, aussi bien que l'état d'épuisement dans lequel tombent les malades par suite de la douleur et de la fièvre. On ne doit donc pas abandonner la maladie à elle-même, surtout quand le remède à apporter est simple et sans danger.

Humphrey (2), après avoir établi que les ouvertures naturelles, la bouche, le nez, les yeux sont fermés à une période peu avancée de la vie embryonnaire et s'ouvrent plus tard par un effet d'absorption, ajoute : « Le mode de formation du cloaque à l'extrémité inférieure du fœtus étant le même que celui de la bouche, il semble raisonnable d'admettre qu'à une période de développement plus avancée, une fois le périnée formé, le vagin se trouve, comme la bouche, le nez, les yeux, fermé par une membrane rudimentaire ; que, plus tard, cette membrane s'écarte pour former la structure propre des lèvres et constituer l'ouverture naturelle. La persistance de cette membrane, qui est l'atrésie du vagin, répond à ce que l'on voit souvent chez les jeunes enfants et exceptionnellement chez les adultes. En règle générale, il semble que la rupture de cette membrane se fait de haut en bas ; car, chez les jeunes enfants dont le vagin est oblitéré, il reste généralement un orifice à la partie supérieure, tout près de l'ouverture de l'urèthre ; une sonde cannelée peut être facilement introduite dans cet orifice, et comme la membrane est toujours mince et molle, il suffit d'une pression légère pour la déchirer et remettre toutes les parties dans leur état normal.

§ II. — Traitement.

Sabatier, Dupuytren (3), Capuron (4), se sont prononcés contre l'opération, dans les cas ou l'imperforation du vagin était compliquée de l'oblitération du l'utérus. Ils se sont appuyés sur le fait que toute opération pour perforer le col de la matrice était presque fatalement suivie d'une

(1) Marchand, *Archives générales de médecine*, juillet 1851.
(2) Humphrey, *Prov. medical and surg. Journal*, 11 décembre 1850.
(3) Dupuytren, *Leçons orales de Clinique chirurgicale*. Paris, 1839.
(4) Capuron, *Traité des maladies des femmes*, 1817.

métrite mortelle. De Haen, et Paget, de Leicester (1), ont également cité des exemples d'imperforation utérine opérée, et rapidement suivis de mort. Dans le cas de Paget, la malade mourut quarante heures après l'opération. La cause de la péritonite paraît avoir été un épanchement de sang dans le ventre, à travers les trompes de Fallope ulcérées. Maintenant il est difficile de décider si l'utérus est imperforé ou non, dans les cas où le vagin est lui-même fermé. Il faut d'abord une première opération, et il n'est pas logique que la crainte tout hypothétique d'une anomalie empêche une opération qui sera certainement utile. D'ailleurs, l'expérience a prouvé, et nous le verrons plus loin, que les opérations sur le col de l'utérus ne sont pas forcément, ne sont même pas souvent mortelles. Nous poserons donc comme conclusion que, dans le cas d'imperforation vaginale, le devoir du chirurgien est bien tracé : il doit faire disparaître l'obstacle pour donner issue au sang des règles.

La malade sera placée sur le dos, les cuisses fortement relevées et écartées, et les lèvres maintenues entr'ouvertes par un aide. Si la membrane est de peu d'épaisseur, on plonge un bistouri pointu à la partie supérieure, au-dessous de l'urèthre, on le porte de haut en bas, de manière à faire une ouverture assez large ; elle se resserrera toujours suffisamment par la suite.

Si la cloison est plus épaisse, il faut procéder avec plus de précaution : inciser couche par couche, en se servant du doigt comme conducteur, jusqu'à ce qu'on ait franchi tout obstacle et qu'on soit arrivé sur la collection ou sur le col utérin. Plus l'incision est grande, et plus les précautions doivent être grandes pour inciser toujours en ligne droite et ne blesser ni l'urèthre, ni la vessie ni le rectum. Une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum seront les meilleurs conducteurs ; avec le doigt, on pourra aussi agrandir l'incision, de manière à faire artificiellement un large vagin.

Quelques auteurs ont conseillé une incision cruciale ou en étoile. Baker-Brown (2) conseille d'enlever entièrement l'hymen, afin de mieux empêcher les contractions et les adhésions. De cette manière, l'opération est plus ennuyeuse et plus douloureuse ; il faut nécessairement du chloroforme ; mais, malgré tout, si l'hymen est dur et anormalement épais, l'opération est indiquée. Baker-Brown cite deux cas de guérison. Une fois l'obstacle enlevé, il s'écoule un liquide épais, visqueux, d'un brun rougeâtre, sans aucune odeur, et ayant au microscope comme à l'analyse chimique tous les caractères du sang des menstrues. Le liquide qui s'écoula dans le cas de Wormald, examiné au microscope, fut reconnu pour être formé de desquamations épithéliales et de globules sanguins altérés.

(1) Paget, *British medic. Journal*, 23 juillet 1859.
(2) Baker-Brown, *Surgical diseases of women*, p. 139.

Une fois l'opération faite, il faut exercer une compression légère sur la matrice pour la vider et appliquer ensuite un bandage de corps autour du ventre. Pendant un jour ou deux, on peut laisser le liquide s'écouler tranquillement ; mais en même temps il faudra faire des injections vaginales avec de l'eau chaude, et introduire entre les lèvres une compresse huilée ou une tente faite avec de la charpie pour empêcher l'orifice de se refermer. Peu à peu l'écoulement cesse, les bords de la plaie se guérissent, l'orifice reste librement ouvert, et la malade est tout à fait guérie. Mais à cause de la disposition de ces parties à se contracter et même à se fermer entièrement, la malade devra faire usage de bougies pendant plusieurs semaines ; autrement l'opération pourrait bien être à recommencer.

Voici (1) un cas assez curieux à ce point de vue d'hymen imperforé : trois fois la malade fut opérée, et trois fois l'orifice se referma, la malade ne voulant jamais faire usage de bougies ni de grosses mèches. A la fin, Callaway excisa la portion centrale de l'hymen et fit usage de petites tentes de charpie que la malade ne put encore supporter que très-peu de jours. Dans ce cas, l'orifice du col utérin était aussi fermé par une membrane.

Dans beaucoup de cas, sinon dans tous, une fois la tumeur vidée, il y a une disposition à la péritonite. Par des soins et un repos complet, on peut arriver à combattre heureusement cette prédisposition. Pendant huit ou dix jours au moins, la malade devra garder le lit d'une manière absolue, observer une diète sévère et entretenir la liberté du ventre. Si l'inflammation tendait à se produire, il faudrait avoir recours tout de suite au traitement antiphlogistique ordinaire.

Relativement aux faits d'imperforation de l'utérus et du vagin, guéris par opération, il est une question sur laquelle j'insisterai à l'occasion, mais dont je dirai ici un mot en passant, c'est la question du mariage : doit-il être autorisé ou défendu? La principale objection porte sur l'utérus, dont nous n'avons pas à parler pour le moment. L'état du vagin, les risques de déchirure auxquels cet organe est exposé pendant le travail, c'est tout ce qui nous regarde pour le moment. A ce point de vue, quand la membrane était d'une épaisseur modérée, que l'orifice a été bien formé, il y a toute raison d'admettre que la conception se fera normalement, et nulle raison pour craindre une déchirure. En conséquence, nous ne serions pas justifiés à nous opposer au mariage. De plus, quand un vagin d'une étendue considérable a été préparé artificiellement, si l'on tient compte du temps qui doit s'écouler avant l'accouchement, de la distension produite par l'usage des parties et de la grande élasticité de ces tissus, je ne puis admettre que les chances de lacération soient assez grandes pour que nous devions défendre la satisfaction de désirs naturels et l'accomplissement

(1) *Guy's Hospital Reports*, vol. IV, 2e série, p. 265.

d'un devoir social. En résumé, mettant l'utérus hors de cause, je ne vois pas que l'imperforation du vagin, une fois la guérison obtenue, doive être considérée comme un obstacle au mariage.

ARTICLE III

IMPERFORATIONS ACCIDENTELLES DE L'HYMEN

Les oblitérations accidentelles sont bien rares; cependant Beathy (1) en a réuni quelques exemples. Ryom (2) a rencontré quatre faits de cohésion si complète des grandes lèvres, à l'âge de la puberté, que c'est à peine si l'on pouvait introduire une petite sonde au niveau de la commissure supérieure. Morrisson (3) a vu un cas d'oblitération si complète des grandes lèvres, qu'il ne restait pas même la moindre ouverture pour donner passage à l'urine. Ashwell (4) dit aussi avoir vu plusieurs exemples de cohésion intime des grandes lèvres après la puberté : dans deux cas, il fallut même intervenir avec le bistouri pour que le mariage pût être consommé. Je pense, sans pouvoir en être certain, que, dans ces divers cas, le défaut de conformation est acquis et non congénital. Putnam (5), de Boston, a rapporté un cas dans lequel il découvrit que le travail était arrêté par une membrane épaisse qui présentait seulement deux ou trois perforations, à peine suffisantes pour laisser passer une sonde : il pense que cette membrane était congénitale. Hurd (6) rapporte un cas d'occlusion complète de l'orifice à la suite d'une plaie : il fit l'opération et obtint un succès complet. Holmes (7) a cité un cas identiquement semblable. J. M. Warren, de Boston (8), a publié trois faits d'occlusion complète du vagin avec rétention du sang menstruel. Deux fois cette occlusion était acquise, et dans le troisième cas elle était congénitale. Ils guérirent tous trois par le procédé habituel. Thompson (9) a décrit un cas d'oblitération de la partie inférieure du vagin, qui se rompit par les douleurs du travail et par quelques manipulations. L'enfant put alors sortir des parties. Cette femme avait eu antérieurement trois enfants.

Hardy m'a montré un cas dans lequel il y avait adhérence des grandes lèvres, depuis la commissure de la fourchette antérieure jusqu'à la distance d'un pouce de la fourchette postérieure. A travers cette petite ouverture, les règles et l'urine s'écoulaient. Hardy n'eut qu'à agrandir cette

(1) Beathy, *Cyclop. of pract. medicine*, VII, art. IMPOTENCE.
(2) Ryom, *Medical Jurisprudence*, p. 129.
(3) Morrisson, *On difficult parturition*, p. 221.
(4) Ashwell, *Diseases of women*, p. 722.
(5) Putnam, *Americ. Journ. of medic. science*, octobre 1850.
(6) Hurd, *Western medico-chir. Journ.*, nov. 1850.
(7) Holmes, *New-Orleans med. and surg. Journ.*, mai 1850.
(8) J. M. Warren, *Reports on obstetrics of Amer. med. Associat.*, p. 58.
(9) Thompson, *Lancet*, 24 mars 1855, p. 313.

ouverture, et la malade fut guérie. Cette adhérence s'était, dit-on, produite à la suite d'un accès de fièvre quand la femme était enfant.

Rokitansky (1) fait remarquer que le vagin peut manquer en entier ou seulement en partie. Dans ce dernier cas, il y a un cul-de-sac ouvert extérieurement à une distance plus ou moins grande des grandes lèvres, ou bien le canal incomplet va s'ouvrir en arrière dans l'urèthre. Dans ce cas, le développement se fait sur deux points extrêmes, et la portion intermédiaire manque ; c'est une transition entre le développement normal et l'atrésie congénitale (2).

ARTICLE IV

IMPERFORATION DU VAGIN.

Dans ce cas il y a une espèce de canal. L'orifice est libre et parfaitement conformé, mais le canal est incomplet et fermé sur un des points de son étendue. Tantôt cette oblitération est complète, tantôt il reste une petite ouverture qui permet encore la sortie du sang des règles. Dans ce second cas, il est probable que le vice de conformation ne sera découvert qu'après le mariage, à cause de l'impossibilité que l'on éprouve à introduire complétement le pénis. Dans le premier cas, au contraire, si les règles sont sécrétées, on aura à chaque époque menstruelle les symptômes d'obstruction ou de distension dont j'ai déjà parlé, et ce ne sera pas à l'orifice que l'on trouvera l'obstacle, mais à quelque distance de la vulve. Oldham a rapporté deux faits d'accumulation des règles dans un vagin imperforé. Dans un cas, la lésion était congénitale ; dans l'autre elle était le résultat d'anciennes blessures. En pressant par le rectum, on arrivait à sentir le col et par cette voie Oldham fit une ouverture pour donner issue au sang. Aucun symptôme fâcheux ne se manifesta et l'ouverture resta permanente (3).

J'ai eu l'occasion de voir un fait de ce genre, grâce à l'obligeance de O'Ferrall, de Dublin.

Observation I. — La malade était une jeune femme bien faite, complétement développée et âgée de plus de vingt ans. Les mamelles et les organes extérieurs étaient parfaitement conformés ; l'orifice du vagin était normal, mais le canal se terminait en cul-de-sac. A 3 centimètres à peu près de l'orifice, on ne pouvait pas apercevoir la moindre ouverture ; et, en questionnant la ma-

(1) Rokitansky, *Pathol. Anat.*, vol. II, p. 265.

(2) De nombreux cas d'imperforation de l'hymen ont été rapportés par les auteurs. On peut citer encore : *Journal de médecine pratique*, vol. XXII, p. 501 et 512. — *Journal de Médecine* de Corvisart, vol. XIII, p. 29 ; vol. XVI, p. 189 ; vol. XX, p. 231. — *Journal général de médecine*, vol. II, p. 284. — Baudelocque, *Accouchements*, vol. I, p. 27. — *Annals of medicine* by Duncan. Edinburgh, vol. II, p. 231. — Holmes, *Thérapeutique des Maladies chirurgicales des Enfants*, trad. par O. Larcher. Paris, 1870, p. 286.

(3) Ranking's *Half yearly Abstract*, vol. XXVI, p. 239.

lade, on apprit qu'elle n'avait jamais été réglée, que la congestion menstruelle n'était qu'à peine manifeste, et cependant qu'il existait des désirs sexuels. A l'examen par le rectum, on ne trouva pas de traces de collection liquide, et l'on ne pût même s'assurer de la présence de l'utérus ni des ovaires. La malade n'éprouvait aucune gêne locale ; il n'y avait pas lieu de soupçonner aucune accumulation de sang; il parut donc à propos de ne tenter aucune opération.

Ce fait peut être rapproché des exemples du vagin trop court qu'ont rapportés Gooch et Davies (1). Dans l'un de ces exemples, la menstruation n'avait jamais paru.

Quelquefois l'utérus peut manquer et les ovaires être à leur place, d'autres fois les ovaires et l'utérus sont absents. Sur une malade de Boyd (2), les organes génitaux externes étaient bien conformés : le vagin était formé par un cul-de-sac de 3 centimètres de profondeur, et l'autopsie montra que l'utérus et les ovaires étaients absents.

Dans un autre fait de Tyler Smith (3), il n'y avait qu'une petite dépression qui devint plus profonde par l'usage que la malade fit d'une bougie ; une ouverture artificielle fut faite avec soin suivant la direction du canal vaginal, mais on ne put découvrir aucune trace de la matrice et il n'y eut point d'écoulement de sang. Cette malade affirma cependant qu'elle avait antérieurement perdu quelques gouttes de sang par la vulve, et à en juger d'après le développement des seins et des organes génitaux externes, il est probable que les ovaires existaient.

En octobre 1852 (4), un cas analogue se présenta à l'hôpital de Charing-Cross.

Observation II. — La malade affirma qu'elle avait été bien réglée pendant deux ans. Elle fut prise d'un accès de fièvre, et les règles ne reparurent plus jamais. Les organes externes étaient bien conformés, mais le vagin se terminait à peu près à un pouce de l'orifice.

M. Handcock disséqua le fond du vagin jusqu'à une profondeur de trois pouces, dilata ensuite l'orifice avec des bougies, mais il ne put découvrir d'utérus, et il n'y avait pas de collection de sang menstruel.

Le premier point à établir comme diagnostic est donc de savoir si oui ou non la matrice existe. L'absence de tumeur au-dessus du pubis ne prouve pas l'absence de l'utérus, car il peut n'y avoir point de sécrétion. Si l'utérus existe, on peut arriver à le découvrir en portant un doigt au fond du cul-de-sac vaginal, ou bien on combinera l'examen par le rectum avec un doigt et le cathétérisme de la vessie. S'il n'existe aucune tu-

(1) Gooch et Davies, *in* Skinner *Midwifery*, p. 45.
(2) Boyd, *Transact. medico-chirurg.* London, 1841, vol. XXIV, p. 187.
(3) Tyler Smith, *Lancet*, 21 mai 1853, p. 470.
(4) *Lancet*, 1853, p. 471.

meur entre le doigt et la sonde, il y a de fortes probabilités pour que l'utérus manque.

Il est clair que dans les cas d'absence de l'utérus, alors même que les ovaires existent, il n'y aura point de sécrétion, mais la congestion menstruelle et les autres signes de développement ovarien existeront. Si l'utérus et les ovaires sont absents tous à la fois, la malade n'éprouvera ni congestion menstruelle, ni désir sexuel, et les organes de la génération ne seront qu'incomplétement développés.

[Nous devons rapporter ici l'observation d'une femme qui est venue mourir à l'Hôtel-Dieu dans le service de Horteloup et que tous les médecins des hôpitaux ont pu voir et examiner depuis plus de quarante ans. S'il y en avait eu encore besoin aujourd'hui, cette femme aurait pu servir à prouver une fois de plus qu'il n'y a pas d'hermaphrodites; mais ce n'est pas à ce point de vue que nous en rapportons l'observation. Il nous a paru intéressant de montrer qu'il n'y avait en réalité dans ce cas qu'une occlusion du vagin et qu'avec l'opération que Béclard voulait pratiquer on aurait complétement réintégré cette personne dans le sexe que la nature lui avait dévolu. Ce fait devrait donc servir d'enseignement pour les cas analogues.

Observation III. — *Hermaphrodisme apparent chez une personne du sexe féminin.* — Le 16 février 1815, une personne dont le sexe était douteux fut présentée à la Société de la Faculté de médecine de Paris. Chaussier, Petit-Radel, et P. A. Béclard furent chargés par la Société du soin de l'examiner. Voici l'observation, telle qu'elle a été publiée par P. A. Béclard, rapporteur (1) :

« Marie-Madeleine Lefort est âgée de seize ans; sa taille est de 1 mètre 50 centimètres. Le milieu de cette hauteur tombe au-dessus de l'éminence pubienne. Le tronc, mesuré du sommet de la tête au périnée, a 86 centimètres de hauteur. Les membres inférieurs, mesurés par le côté interne, se trouvaient réduits à 64 centimètres. Le bassin est court, large de 27 centimètres, d'un des tubercules extérieurs de l'iléum à l'autre; il y a 20 centimètres d'avant en arrière, mesuré à l'extérieur avec un compas recourbé. Mesuré en travers entre la tête de l'iléum et le trochanter, il a 30 centimètres. L'arcade des pubis angulaires a 7 centimètres d'écartement à la partie inférieure. Le col est grêle; le larynx et la voix sont comme ceux d'un adolescent. Les mamelles sont développées, d'un volume moyen, surmontées d'un mamelon érectile, dont l'aréole, d'une couleur brune, est garnie de quelques poils. La lèvre supérieure, le menton et la région parotidienne sont couverts de barbe brune naissante. Les membres inférieurs sont couverts de poils longs, nombreux, bruns et rudes. Les cuisses sont arrondies, les genoux inclinés en dedans, les pieds petits. La peau de la partie supérieure, antérieure, externe des cuisses,

(1) Béclard, *Deuxième bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, année 1815. — *Journal de méd., chir. et pharm.*, mars 1815. — *Dictionnaire* en 60 volumes. Paris, 1817, t. XXI, p. 98.

présente des éraillements du derme semblables à ceux que présente la peau de l'abdomen et des mamelles des femmes qui ont eu des enfants. L'anus est bordé de poils abondants.

« Les organes génitaux, examinés à l'extérieur, présentent :

« 1° Une éminence sus-pubienne, arrondie, couverte de poils nombreux. La symphyse des pubis qui la supporte est allongée, comme dans l'homme ;

« 2° Au-dessous, un corps conoïde, long de 7 centimètres dans l'état de flaccidité, susceptible de s'allonger un peu dans l'état d'érection. Ce corps est surmonté d'un gland imperforé, recouvert dans les trois quarts de sa circonférence d'un prépuce mobile ; il est inférieurement creusé d'un canal déprimé et ne présentant point le relief de la partie pubienne de l'urèthre viril ; ce canal est percé inférieurement de cinq petits trous placés régulièrement sur la ligne médiane, et pouvant admettre un stylet de Méjan ;

« 3° Au-dessous et en arrière de ce corps est une fente ou vulve bordée de deux lèvres étroites et courtes, garnies de poils à l'extérieur, étendues depuis le clitoris péniforme jusqu'à neuf à dix lignes au devant de l'anus. Ces lèvres minces ne contiennent rien dans leur épaisseur qui ressemble aux testicules ;

« 4° Dans l'intervalle des lèvres est une fente très-superficielle, sous laquelle la pression fait sentir vaguement un vide au devant de l'anus. A la partie antérieure de l'intervalle des lèvres, ou à la racine du clitoris, est une ouverture arrondie qui reçoit facilement une sonde d'un calibre moyen ;

« 5° Les anneaux sus-pubiens sont très-étroits ; rien, dans cet orifice ni dans le trajet du canal qu'il termine, ne fait soupçonner l'existence des testicules engagés ou près de s'engager dans le canal inguinal.

« Suivant sa déclaration, Marie Lefort est réglée depuis l'âge de huit ans ; l'émission de l'urine a lieu par l'ouverture principale placée à la racine du clitoris, et par les trous dont l'urèthre est criblé dans sa portion clitoridienne. Mais il lui est impossible d'uriner devant un témoin. Une sonde introduite à travers l'ouverture n'amène point d'urine, n'en prend pas l'odeur, et ne détermine pas l'envie d'uriner ; elle se dirige en arrière.

« Notre première observation se borne-là, Marie Lefort ne voulant pas souffrir un examen plus détaillé.

« Mais le surlendemain je la revis ayant ses règles. Son teint était pâle ; les linges dont elle était enveloppée étaient abondamment imprégnés de sang. Ce liquide sortait à demi coagulé par l'ouverture principale ; il sortait surtout beaucoup quand elle toussait, ou quand on pressait au devant de l'anus. Les trous de l'urèthre étaient rougis et humectés par le sang, mais il était difficile de juger s'il sortait en partie par ces orifices. La sonde introduite fut retirée remplie de sang.

« Quelques jours après, je fis de nouvelles observations, dont voici le résultat : La sonde introduite par l'ouverture principale, avec tous les soins convenables, ne peut être portée dans la vessie ; on la dirige facilement du côté de l'anus, parallèlement au périnée : dirigée de cette manière, on peut soulever ou tendre le fond de la vulve, et reconnaître que la membrane qui en réunit les deux lèvres est épaisse à peu près deux fois comme la peau, et dense comme elle. Après avoir porté la sonde un peu en arrière, on la dirige facilement en haut, à la profondeur de 8 à 10 centimètres ; là on rencontre

un obstacle sensible à son contact. Dans ces explorations, plusieurs fois répétées, la sonde n'amène point d'urine ; elle ne paraît pas être dans l'urèthre, mais bien plutôt dans le vagin ; on sent la sonde à travers une cloison tout à fait semblable à la cloison recto-vaginale. A l'endroit où la sonde s'arrête, on

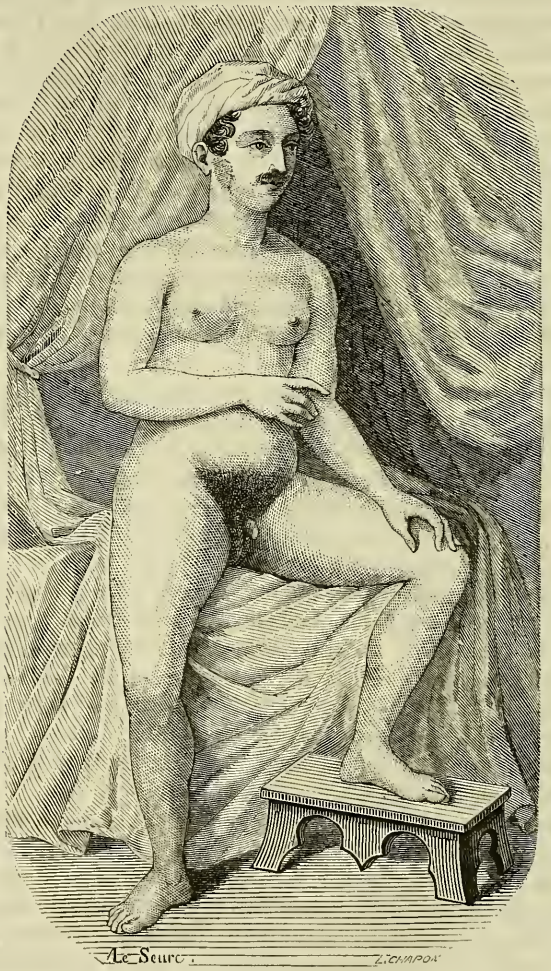


Fig. 44. — Marie-Madeleine Lefort à l'âge de 16 ans.

reconnaît avec le doigt, à travers les parois du rectum, un corps qui *paraît être* le col de l'utérus.

« Les tentatives pour sonder l'urèthre sont vaines : un stylet assez fin pour y pénétrer occasionne beaucoup de douleur.

« Marie Lefort, persuadée, il est vrai, qu'elle est femme, éprouve du penchant pour le sexe masculin, et ne paraît pas éloignée de l'idée de se soumettre à une légère opération, nécessaire pour ouvrir le vagin.

« Il paraît, en effet, que ce canal existe, et qu'il suffirait, pour le rendre accessible, de pratiquer une légère incision entre les lèvres de la vulve, depuis l'ouverture placée à la base du clitoris jusqu'à la commissure postérieure. L'urèthre se prolonge sous le clitoris, disposition qui le rapproche du pénis et qui est fort rare. Il paraît que parmi les ouvertures dont l'urèthre es

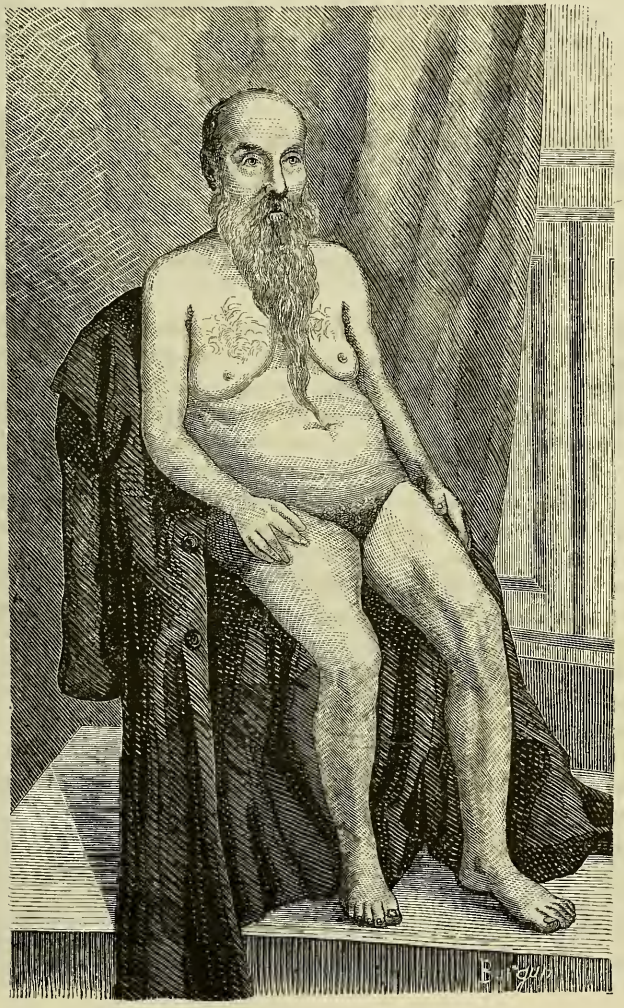


Fig. 45. — Marie-Madeleine Lefort. — Aspect extérieur.

criblé, il y en a une ou plusieurs situées plus profondément que la vulve, et que par cette disposition une partie de l'urine est versée à l'entrée du vagin, et sort ensuite par l'ouverture de la membrane qui le ferme. Il paraît aussi que le sang menstruel vient par le vagin : peut-être à son passage sous le clitoris, une partie de ce liquide entre-t-elle de l'urèthre par des ouver-

tures postérieures et cachées du canal, pour ressortir par ses ouvertures apparentes.

« Il paraît, enfin, que la personne soumise à l'examen de la Société est une femme : on découvre, en effet, chez elle plusieurs des organes essentiels du sexe féminin (un utérus, un vagin), tandis qu'elle n'a du sexe masculin que des caractères secondaires, comme la proportion du tronc et des membres, celle des épaules et du bassin, la conformation et les dimensions de cette cavité, le volume du larynx, le ton de la voix, le développement des poils, l'urèthre prolongé au delà de la symphyse, des pubis, etc. »

[[Je placerai ici un portrait de Marie-Madeleine Lefort que je dois à l'obligeance de mon excellent maître le docteur Gallard (fig. 44).

Ce portrait qui a appartenu à Alibert a été envoyé à M. Gallard par le docteur Bras, de Villefranche (Aveyron).

Marie-Madeleine Lefort était alors âgée de seize ans.]]

La personne qui fait le sujet de l'observation ci-dessus est entrée le 20 août 1864, dans le service d'Horteloup, à l'Hôtel-Dieu, pour une pleurésie chronique. Elle est âgée de soixante-cinq ans (fig. 45), et est née à Paris, rue de Beauvais, 21 ; elle exerce la profession de saltimbanque. Elle nous raconte que, dès son extrême enfance, elle a été considérée comme étant du sexe féminin. Réglée, nous dit-elle, à l'âge de huit ans, elle n'a été visitée par des médecins qu'à quinze ou seize ans. Elle a continué à être régulièrement réglée jusqu'en 1848, époque à laquelle le flux menstruel a été complétement supprimé. Elle nous dit que, lorsqu'elle était jeune, elle éprouvait du penchant pour le sexe masculin ; elle nous avoue même avoir eu des rapports avec un ouvrier cordonnier ; mais ces rapports, paraîtrait-il, se bornaient à de simples attouchements.

Nous devons dire ici que, malgré tous ces aveux et malgré surtout l'opinion formulée par Béclard, Marie-Madeleine Lefort a été considérée par la plupart des chirurgiens et médecins des hôpitaux qui l'ont examinée comme appartenant au sexe masculin. On pensait généralement qu'il y avait chez cette personne un arrêt de développement du pénis, avec un hypospadias plus ou moins compliqué, et une cryptorchidie.

L'autopsie pratiquée le 12 novembre 1864, environ trente-six heures après la mort, est venue confirmer d'une façon éclatante l'avis de Béclard, et prouver une fois de plus la sagacité de ce grand observateur.

La description que Béclard en a donnée et que nous avons rapportée plus haut, étant d'une rigoureuse exactitude, nous nous bornons à faire connaître les résultats de l'autopsie, qui serviront à compléter la relation de Béclard.

Aspect extérieur du cadavre. — Le sujet présente un certain embonpoint, exagéré par un œdème généralisé. La tête est assez chauve, la face est cyanosée, les yeux saillants, la barbe grise et très-développée ; elle atteint de chaque côté du menton une longueur de 35 centimètres. A ne considérer que la tête, on aurait certainement cru avoir affaire à un homme. Le thorax est fortement développé ; la partie antérieure de la poitrine est couverte de poils

nombreux et grisonnants, comme ceux du visage. Les mamelles présentent un volume assez considérable et sont pendantes comme celles d'une vieille femme. Le ventre est assez volumineux et présente quelques éraillures. Les membres supérieurs sont grêles, courts, les mains très-petites. Les membres inférieurs, garnis de poils nombreux, sont également courts; les pieds sont très-petits.

Examen interne. — La cavité encéphalique n'a pas été ouverte. Le larynx n'a présenté rien de remarquable; lorsqu'on a voulu mesurer ses dimensions, il s'est trouvé égaré.

La *cavité thoracique* contient une assez grande quantité de liquide séro-purulent; on remarque une légère injection des lèvres et quelques fausses membranes. Les poumons présentent des granulations tuberculeuses. Le cœur est volumineux et contient des caillots sanguins, les valvulves sont saines.

La *cavité abdominale* contient également une grande quantité de sérosité; le foie est petit, atteint de cirrhose; un calcul biliaire, du volume d'un œuf de

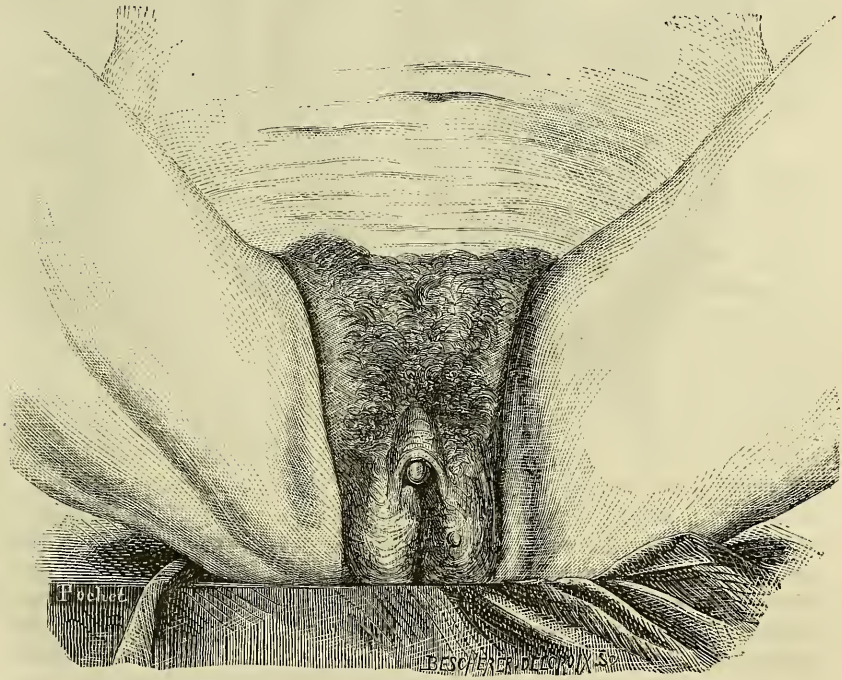


Fig. 46. — Marie Madeleine Lefort. — Aspect extérieur des organes génitaux.

pigeon, est logé dans la vésicule. Rien de particulier à noter du côté du tube intestinal et de la rate. Les reins ne présentent non plus aucune lésion appréciable. Au devant de la capsule surrénale gauche, on trouve une tumeur du volume du poing, jaunâtre et ferme à la coupe. L'examen microscopique, fait par mon excellent collègue M. Chaillou, a démontré qu'elle était formée de

tissu fibreux et d'un nombre considérable de globules graisseux. Les dimensions du bassin, constatées à l'autopsie, ont été les suivantes : distance des épines iliaques antéro-supérieures, 21 centimètres 1/2; distance de la symphyse pubienne à l'angle sacro-vertébral, 11 centimètres; diamètre transversal du bassin, 13 centimètres.

Organes génitaux (fig. 46 et 47). — La peau qui recouvre le pubis est garnie de poils assez nombreux, bruns et raides. Au-dessous, on trouve deux grandes lèvres qui mesurent 10 centimètres 1/2 de longueur; elles sont assez

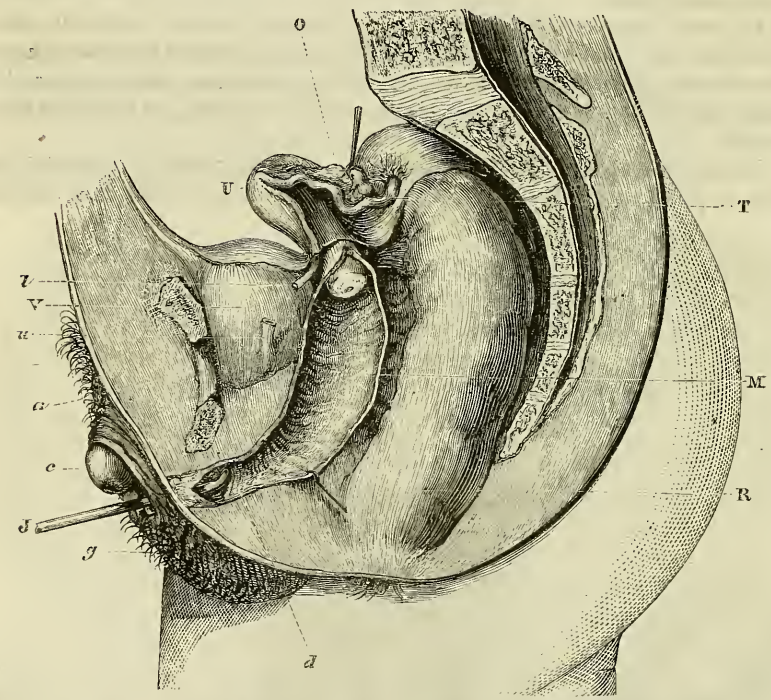


Fig. 47. — Marie-Madeleine Lefort. — Coupe du bassin montrant les organes génitaux (*).

épaisses, et la palpation ne fait reconnaître à leur intérieur rien qui puisse faire admettre la présence des testicules. Au milieu de l'espace qui les sépare, on distingue en haut un corps volumineux, long de 4 centimètres 1/2; ce corps présente à sa partie antérieure une saillie arrondie, rappelant tout à fait la forme du gland d'un pénis et présentant une petite couronne comme lui. Ce gland mesure 15 millimètres de hauteur et 13 millimètres de largeur; il est imperforé et présente une petite rigole à sa partie inférieure; il est recouvert par deux petites lèvres, qui se réunissent à la partie supérieure et lui forment une enveloppe analogue au prépuce. Au-dessous de ce gland on voit une petite ouverture ovalaire, qui donnait issue à l'urine et au sang menstruel. La partie

(*) J, sonde passant par l'ouverture principale au-dessous du clitoris; M, vagin; O, ovaires; T, trompe; U, utérus; *l*, ligament rond; V, vessie; *u*, uretère; *d*, orifice de l'urèthre; R, rectum; *g*, grandes lèvres.

supérieure de cette ouverture présente, sur la ligne médiane, un petit sillon qui continue celui que nous avons signalé à la partie inférieure du gland; on y remarque cinq petits trous à peine visibles, et disposés d'avant en arrière. Un stylet très-fin, introduit par ces petits orifices, nous fait voir que ce sont les orifices de culs-de-sac analogues à ceux qu'on rencontre sous la muqueuse uréthrale. Il n'est donc pas probable qu'une partie de l'urine sortît par ces orifices, ainsi que le prétendait Marie-Madeleine Lefort. Le bord inférieur de l'ouverture principale est mince et tranchant; les deux lignes qui le circonscrivent vont se continuer avec les petites lèvres qui enveloppent le gland. Le reste de l'espace qui sépare les grandes lèvres est entièrement fermé par une membrane qui réunit l'une à l'autre leur face interne, et dont l'épaisseur avait été évaluée par Béclard à deux fois l'épaisseur de la peau.

La dissection a montré que l'ouverture principale, placée au-dessous du gland, conduit dans un canal membraneux long de 6 centimètres et présentant une circonférence de 2 centimètres. La muqueuse qui revêt ce canal, qu'on peut appeler cloaque ou canal commun, est lisse, blanchâtre, et ressemble sous tous les rapports à celle de l'urèthre. On distingue sur sa face supérieure quelques stries longitudinales, et de petits culs-de-sac analogues à ceux que nous avons signalés entre le gland et l'orifice externe du cloaque : ce sont les orifices des glandes mucipares. A la face externe de ce conduit on trouve, sur les côtés, une masse spongieuse de 4 millimètres d'épaisseur, c'est le bulbe normal du vagin.

Le conduit ou canal commun que nous venons de décrire peut être considéré comme une espèce de cloaque donnant issue en même temps à l'urine et au sang menstruel. En effet, à son extrémité postérieure on trouve deux orifices : l'un en haut, l'autre en bas; le supérieur conduit dans la vessie, l'inférieur, un peu plus grand, représente l'orifice externe du vagin. Le canal de l'urèthre proprement dit et la vessie n'ont pas été ouverts pour ne pas faire sur la pièce, qui doit être conservée, des délabrements trop considérables. En arrière du point où le vagin s'ouvre dans le cloaque, il s'élargit immédiatement pour acquérir ses dimensions normales; il forme même à ce niveau une espèce de cul-de-sac, en arrière et au-dessous de son orifice. La longueur du vagin à partir de la fin du cloaque jusqu'au col de l'utérus est de 6 centimètres; sa circonférence mesure 7 centimètres 4 millimètres. La muqueuse vaginale présente une coloration rosée; on y distingue les plis transverses normaux extrêmement marqués. A la partie antérieure et supérieure du conduit vaginal, on remarque de petits tubercules réunis en forme de triangle qui se prolonge en donnant naissance à la colonne antérieure du vagin. L'insertion du vagin sur le col de l'utérus se fait comme à l'état normal et ne présente rien de particulier à noter. Le cul-de-sac antérieur du vagin mesure 5 millimètres, et son cul-de-sac postérieur 6 millimètres. Le col utérin est plat et présente une largeur de 2 centimètres; l'épaisseur de ses parois est de 1 centimètre; son orifice est circulaire et laisse facilement pénétrer dans la cavité utérine une sonde d'un calibre moyen. La profondeur de l'utérus ainsi mesuré est de 5 centimètres 1 millimètre. Le corps de l'utérus est très-developpé; il présente quelques adhérences dans les culs-de-sacs antérieur et postérieur, et un petit corps fibreux vers la partie moyenne et un peu latérale de son bord supérieur; on sent deux autres petits corps fibreux dans l'épaisseur de la paroi antérieure.

Les annexes de l'utérus sont disposées comme à l'état normal : en avant, les ligaments ronds, allant gagner l'orifice interne du canal inguinal ; au milieu les trompes, présentant une longueur de 7 centimètres ; en arrière les ovaires, qui sont assez développés et qui présentent plusieurs cicatrices résultant de la rupture des vésicules de de Graaf.

Mon excellent collègue M. Legros, qui a bien voulu examiner au microscope un fragment d'ovaire, y a trouvé des cellules de l'ovisac plus ou moins altérées, au milieu d'une trame de fibres lamineuses et de corps fusiformes. Il n'y avait point d'ovules (1).

ARTICLE V

ABSENCE DU VAGIN.

Le vagin peut être absent complétement sans qu'il y ait d'orifice ni aucune trace de passage perméable en aucun point.

Les auteurs ont cité plusieurs cas de ce genre. Le fait suivant, rapporté par Amussat, est intéressant en ce que la lésion était très-complète et que la malade guérit complétement (2).

Observation I. — *Absence complète du vagin. Opération pratiquée par Amussat. Succès.* — Mademoiselle K..., Allemande, âgée de seize ans, d'une bonne constitution, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de la puberté. A cette époque, elle éprouva de violentes coliques et des douleurs de reins qui durèrent plusieurs jours. Ces douleurs ressemblaient à celles de l'accouchement. Les médecins qui la virent crurent d'abord à une obstruction de quelques viscères de l'abdomen, et la traitèrent en conséquence. Mais un mois ou cinq semaines plus tard, les mêmes accidents s'étant renouvelés, et le ventre ayant acquis du volume, le médecin ordinaire de la malade, pensant que tous ces phénomènes pouvaient dépendre de quelque obstacle à l'écoulement des règles, examina les organes génitaux, et reconnut une oblitération du vagin. Comme à chaque époque menstruelle les accidents se répétaient, que le ventre augmentait de volume, il fut décidé que la jeune personne serait conduite à Paris, pour y être soumise à une opération, s'il y avait possibilité. Le 27 février 1832, dix-huit mois environ après l'apparition des premiers accidents, Boyer, Marjolin, Magendie et J. Z. Amussat, ayant examiné mademoiselle K..., en présence de son médecin ordinaire, la trouvèrent dans l'état suivant : constitution bonne, mais affaiblie ; teint décoloré ; le ventre présente à sa partie inférieure une tumeur volumineuse, dure, sensible à la pression, et qui semble être due à un développement de l'utérus. Toutes les parties extérieures

(1) Extrait des *Bulletins de la Société anatomique*, observation recueillie par Dacorogna, interne du service. — On consultera avec intérêt sur la question de l'hermaphrodisme : Luigi de Crecchio, *Sopra un caso di apparenze virili in una donna.* In-8, 33 pages avec 3 planches, *Morgagni*, 1865 ; et *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1865, 2e série, t. XXIV, et A. Tardieu, *Mémoire sur la question médico-légale de l'identité* (*Ann. d'Hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, t. XXXVIII, 1872, p. 149.

(2) Amussat, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 2 novembre 1855. — *Journal hebdomadaire des sciences médicales*, et *Gazette médicale*, 12 décembre 1835, p. 785. Observation recueillie par M. Petit (de l'île de Ré).

de la génération sont parfaitement conformées, mais l'orifice du vagin est complétement oblitéré. La surface concave qui correspond à cet orifice est lisse et comme tapissée par une membrane muqueuse. Une sonde droite ayant été introduite dans l'urèthre, on ne put la faire pénétrer dans la vessie qu'en la dirigeant très-obliquement et en haut. En plaçant le doigt dans le rectum, on sentait la sonde à travers des parties très-minces; ce qui fit penser qu'il y avait *absence complète du vagin*, du moins de la partie inférieure. A deux pouces environ de l'anus, le doigt introduit dans le rectum sent une tumeur volumineuse qui occupe l'excavation du bassin. Elle est tendue, fluctuante; ses parois paraissent très-lisses. Après cet examen, les consultants furent partagés d'opinion sur le mode d'opération à tenter pour délivrer la malade. Boyer, se fondant sur ce qu'il croyait qu'il y avait absence complète du vagin, était d'avis d'attendre, parce que toutes les opérations qui avaient été tentées jusqu'alors pour des cas analogues avaient été malheureuses. Marjolin et Magendie étaient d'avis d'attaquer la tumeur par le rectum. Amussat proposa de tenter, avant tout, d'opérer un décollement entre l'urèthre et le rectum, pour s'assurer si le vagin manquait dans toute son étendue, et d'attaquer la tumeur par cet endroit, si l'on pouvait parvenir jusqu'à elle. Cette opinion étant partagée par le médecin ordinaire, mademoiselle K... fut entièrement confiée aux soins de M. Amussat. Le 29, dans un nouvel examen que fit ce chirurgien, il s'aperçut qu'en pressant fortement avec le petit doigt dans l'endroit correspondant à la fosse naviculaire, les tissus cédaient sans se déchirer, et qu'il restait une petite excavation dans laquelle il fit placer un morceau d'éponge préparée. Le 2 mars, à l'aide de deux doigts poussés fortement dans la petite excavation dont nous avons parlé plus haut, il parvint à déchirer cette espèce de membrane muqueuse qui se trouvait à l'orifice du vagin. Derrière était un tissu cellulaire lâche, qu'il déchira progressivement de la même manière les jours suivants; de sorte qu'il parvint ainsi à former un conduit, qu'il tenait dilaté à l'aide de petits morceaux d'éponge préparée. Les tentatives qu'il faisait pour opérer le déchirement des tissus étaient douloureuses, mais la malade les supportait avec courage. Ce qui avait engagé M. Amussat à user de ses doigts plutôt que du bistouri, c'est que chez deux jeunes filles, dont la partie inférieure du vagin était oblitéré, il avait complétement réussi en déchirant les tissus au lieu de les inciser.

M. Amussat m'ayant choisi pour l'aider dans l'opération qu'il se proposait de faire, je vis avec lui mademoiselle K..., le 7 mars. Voici ce que j'observai alors. Pour sonder la malade, il fallait diriger la sonde vers l'ombilic. Le doigt placé dans le rectum sentait une tumeur volumineuse, tendue, fluctuante, à parois minces, qui occupait l'excavation du bassin. Au-dessous de l'urèthre on apercevait l'orifice du conduit artificiel pratiqué par M. Amussat. L'introduction du doigt dans ce conduit était plus douloureuse que la veille, ce qui pouvait tenir à ce qu'on avait négligé d'y placer de l'éponge. Le doigt, qui deux jours auparavant pénétrait à trois pouces dans ce conduit, ne pénètre plus qu'à deux. A cette distance on sent un corps qui, pour le volume et la dureté, ressemble au col utérin; mais il n'existe pas d'ouverture au centre. Le 8, ce corps, dans les mouvements d'expulsion que l'on fait faire à la malade, semble descendre vers la vulve; et la tumeur, qui fait saillie dans le rectum, se rapproche de l'anus.

Le vendredi 9, la malade étant bien décidée à l'opération, M. Amussat, après s'être assuré, par l'introduction du doigt dans le conduit artificiel, que le corps dont nous venons de parler était à peine à deux pouces de la vulve, et après avoir acquis la conviction, par le cathétérisme, que cette espèce de tumeur était entièrement indépendante de la vessie, se décida à faire l'opération, qu'il pratiqua de la manière suivante : La malade étant assise sur le bord de son lit, les jambes fléchies et soutenues sur deux chaises, l'opérateur fit écarter, autant que possible, les lèvres génitales ; il introduisit jusqu'à la tumeur, par le conduit artificiel, l'indicateur de la main gauche, qui lui servit à guider un petit stylet-trocart, qu'il fit pénétrer de plus de six lignes dans cette tumeur, qui semble formée d'un tissu fort dur et de plusieurs lignes d'épaisseur. Cependant l'instrument s'était fait jour jusque dans la cavité de la tumeur, car, lorsqu'on le retira, il sortit quelques filets d'un sang noir. Comme l'opérateur avait inutilement tenté d'enfoncer la canule du trocart dans la tumeur, et que d'ailleurs cette canule étant fort étroite n'aurait pu donner passage à des caillots, il crut devoir recourir au bistouri. Après avoir de nouveau constaté la position de la vessie et du rectum, il prit un bistouri droit, à lame étroite, muni d'une boulette de cire et garni d'une bandelette de linge jusqu'à un pouce de son extrémité, le fit pénétrer à plat sur la face dorsale de l'indicateur jusqu'à la tumeur, dans laquelle il le plongea. Il sortit alors du sang gluant, noirâtre, épais, qu'on ne peut mieux comparer qu'à du chocolat à l'eau et fort épais. M. Amussat espérait pouvoir, à l'aide de l'ongle, élargir cette ponction, mais la dureté des tissus rendant toute tentative inutile, il l'agrandit transversalement avec un bistouri boutonné. Il put alors introduire le doigt dans cette plaie. Il reconnut un large kyste, à parois dures et lisses ; mais cette manœuvre fut excessivement douloureuse pour la malade, qui eut dans ce moment comme une espèce d'accès de désespoir. Le doigt ayant été retiré, il sortit de dix à douze onces de sang noirâtre, gluant, dont nous avons parlé plus haut. La tumeur du ventre parut alors diminuer sensiblement.

M. Amussat voulut ensuite explorer la cavité dans laquelle il avait pénétré, pour s'assurer si c'était celle de l'utérus ou la partie supérieure du vagin. Mais les douleurs que cette exploration causait à la malade étaient telles, qu'elles forcèrent l'opérateur à cesser toute recherche avant d'avoir acquis une certitude à cet égard. Après avoir retiré le doigt, il plaça dans l'incision une grosse canule de gomme élastique garnie de linge, et qu'il fixa par des cordons attachés à un bandage de corps.

La malade, replacée dans son lit, passa bien le reste de la journée. Elle demanda même à prendre un bouillon à l'heure du dîner. Le sang continua à couler par la canule ; la malade urina plusieurs fois sans douleur : l'urine était naturelle. (Boisson acidulée.) Le 10, la nuit a été assez calme, mais la malade avait une grande tendance à l'assoupissement. Au matin, le pouls est fréquent, sans beaucoup de chaleur à la peau. La malade est faible et toujours assoupie. Deux injections sont pratiquées dans la cavité de la tumeur, et entraînent avec elles encore du sang. Depuis l'opération il s'en était écoulé environ deux livres. Dans la soirée, fréquence extrême du pouls, peau chaude, assoupissement. Cependant il ne se manifeste aucune douleur dans le ventre. La région hypogastrique s'est affaissée. L'intelligence est intacte. (Diète abso-

lue ; boissons acidulées.) Le 11, la nuit a été meilleure qu'on ne l'espérait, cependant la fièvre et l'assoupissement continuèrent. La fièvre ayant considérablement augmenté dans la soirée, on supprima la canule. A dix heures, vomissement glaireux, selles bilieuses précédées de tranchées violentes et de l'expulsion d'une grande quantité de gaz. Le 12, prostration des forces, pouls faible, petit et très-fréquent. Douleur abdominale très-vive, particulièrement vers la fosse iliaque gauche et le creux de l'estomac, qui paraît comme bombé ; envie de vomir ; assoupissement presque continuel ; intelligence intacte. Magendie, appelé en consultation, juge l'état de la malade fort grave. On remplace les boissons acidulées par des tisanes mucilagineuses ; dix sangsues sont appliquées sur la fosse iliaque gauche. Quand elles furent tombées, il y eut une amélioration sensible. La fièvre et l'assoupissement diminuèrent, les envies de vomir disparurent. La malade accusait un sentiment de chaleur dans l'œsophage. Pour faciliter la sortie des gaz qui la tourmentaient, on introduisit une canule de gomme élastique dans le rectum. Le soir, sur la proposition de Sichel, on fit sur le ventre une friction avec deux gros d'onguent mercuriel. Le 13, la nuit a été assez bonne ; le ventre est toujours douloureux. (Friction mercurielle de deux gros.) La malade l'ayant demandé elle-même, M. Amussat examina les parties opérées : il reconnut que la suppuration était établie ; elle était même assez abondante. Vers le milieu de la journée la fièvre s'allume, il survient des nausées. M. Amussat applique lui-même quinze sangsues sur la fosse iliaque gauche, où l'on sentait une dureté qui s'étendait en haut vers l'épigastre. La malade était si faible qu'on fut obligé d'arrêter promptement les sangsues. Dans la soirée, on fit deux frictions de deux gros d'onguent mercuriel. Le 14, la nuit a été assez bonne. La malade est moins faible, la fièvre a diminué. On la change de lit vers le soir ; il se manifeste quelques symptômes hystériques. M. Amussat sonde le vagin artificiel, pour l'entretenir ouvert. Par le rectum, il parvint à toucher l'utérus, qui lui parut dur et volumineux. Le 15, même état. Le 16, à deux pouces de l'anus et dans la direction de l'utérus, le doigt sent un corps dur. La salivation, qui s'était manifestée après quelques frictions, s'arrêta. Le 17, il y eut quelques évacuations qui affaiblirent la malade. M. Amussat introduisit dans l'ouverture qu'il avait pratiquée une sonde flexible, portant une petite arête à deux pouces de son extrémité, pour qu'elle se tînt en place. Le 18, mademoiselle K... eut trois selles bilieuses, et rendit par l'anus *une assez grande quantité de sang semblable à celui qui était sorti après l'opération.* Le même phénomène se répéta plusieurs fois les jours suivants.

Du 18 mars au 1er avril le mieux se soutint ; cependant il y avait toujours de la faiblesse et un peu de fièvre sur le soir. M. Amussat dilata, à l'aide de canules de plus en plus volumineuses, les parties opérées, et s'assura que la tumeur qui occupait le bas-ventre diminuait considérablement, et que l'utérus revenait à son état naturel. Le 1er avril, la nuit a été mauvaise. Le matin, l'hypogastre et l'épigastre sont douloureux ; il y a des envies de vomir ; il y a de la fièvre. Cinq sangsues sont appliquées sur chaque point douloureux, et après leur chute on fait sur le milieu du ventre, dans le courant de la journée, deux frictions mercurielles de deux gros. Le 2, amélioration sensible. Magendie, appelé en consultation, trouve la malade dans un état satisfaisant. Le 6, l'appétit se déclare et la convalescence commence. Dès lors, mademoiselle K...

fut de mieux en mieux, et put quitter Paris le 23 avril pour retourner sur les bords du Rhin, où elle habite. Depuis son départ, M. Amussat en a reçu fréquemment des nouvelles. Peu de temps après son arrivée, dans les premiers jours de mai, elle a eu ses règles, et dès lors chaque époque menstruelle a été bien régulière, et il ne s'est manifesté aucun accident.

Dans un cas à peu près semblable rapporté par Coste, la place de l'orifice vaginal était marquée par un raphé : depuis l'âge de treize ans le sang des règles était sorti par l'urèthre. Coste introduisit alors une sonde cannelée dans l'urèthre et le fendit complétement, à la paroi inférieure, puis il prolongea l'incision en bas jusqu'à la place qui, normalement, aurait dû être le vagin, et en dedans jusqu'à l'utérus. A la fin de cette incision interne, Coste découvrit tout naturellement le col utérin. Une mèche de charpie et ensuite des bougies furent alors introduites pour empêcher l'adhésion des parties, et une fois la plaie guérie la malade se trouva avec un vagin très-convenable.

Kluyskens (1) a publié un fait de ce genre dans lequel l'opération fut aussi suivie de succès : la malade se maria, mais ne put devenir enceinte.

Debrou (2) cite divers cas observés par Willaume, de Metz (3), Desgranges (4), et de Bal (5), d'imperforation ou d'absence du vagin : mais il ne donne aucun détail.

Observation II. — Hunt (6), à un meeting de la Société médicale de Londres, le 21 février 1852, a raconté l'histoire d'une dame âgée de trente ans, qui le consulta pour un rétrécissement du rectum. Le canal urinaire était plus large que d'habitude : il n'y avait pas d'ouverture vaginale, le périnée se continuait depuis l'anus jusqu'au méat urinaire. Par le rectum on ne sentait ni utérus ni ovaires. Le clitoris et les lèvres étaient normalement conformés, les mamelles étaient bien développées et l'instinct sexuel paraissait exister à son degré habituel. Elle n'avait jamais été réglée et n'avait jamais eu aucune espèce d'écoulement. Elle n'éprouvait aucune gêne périodique, rien du moins qui pût fixer l'attention. L'évolution de la puberté se fit chez elle à l'âge ordinaire et sa santé générale était très-bonne. M. Hunt et un autre médecin qui examinait cette dame avec lui, furent d'avis que l'utérus, le vagin, et probablement soit l'un des ovaires, soit même les deux, devaient manquer : et cependant, au moral comme au physique, cette femme avait atteint tout son développement (7).

(1) Kluyskens, *Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, juillet 1845.
(2) Debrou, *Relation d'un cas d'oblitération complète et congénitale du vagin* (*Gazette médicale*, 18 janvier 1851, p. 32).
(3) Willaume, communiqué à l'Académie de médecine en 1827 ; rapporté par Amussat, in *Gaz. med.*, 1835.
(4) Desgranges, *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 479.
(5) De Bal, *in* ranking's *Half yearly Abstract*, vol. XIV, p. 305.
(6) Hunt, *Lancet*, 6 mars 1862.
(7) Fodéré, *Médecine légale*. Paris, 1813, t. I, p. 335.

Oldham (1) rapporte un fait semblable : il n'y avait pas de vagin, et, autant qu'on en pouvait juger, il n'y avait pas non plus d'organes internes de la génération. Enfin Braid (2), de Manchester, a rapporté un fait dans lequel il n'y avait pas de vagin et seulement deux cornes rudimentaires d'utérus, deux ovaires non développés avec des débris de trompe de Fallope qui étaient même séparés des lambeaux d'utérus. L'observation de Braid offre le plus grand intérêt.

[[Je dois rappeler, une observation semblable publiée par le docteur Gallard et qui a été suivie d'autopsie. Je résume cette observation (3).

Observation III. — « Cette femme qui était entrée à l'hôpital pour une cirrhose du foie était âgée de 60 ans, elle ne présentait aucune conformation vicieuse apparente du squelette ; ses seins étaient peu développés. Le toucher vaginal montra que le doigt introduit dans la vulve ne pouvait pénétrer au-delà de la première phalange.

« Le toucher rectal combiné à la palpation abdominale ne dénotait en avant du rectum aucune résistance pouvant permettre de reconnaître l'utérus même à l'état rudimentaire ou les ovaires.

« La malade n'avait jamais été réglée, elle n'avait jamais eu d'hémorrhagies supplémentaires. A aucune époque de son existence, elle ne se souvenait d'avoir éprouvé des douleurs revenant périodiquement et annonçant un molimen hémorrhagique.

« Cette femme s'est mariée deux fois, mais elle n'éprouva jamais la moindre sensation voluptueuse pendant le coït, qui était pénible et douloureux.

« Cette femme mourut quelques semaines après son entrée à l'hôpital, voici les résultats de son autopsie en sus des lésions du foie.

« Les organes génitaux externes sont bien conformés, seulement les petites lèvres sont saillantes, flétries et présentent une coloration brunâtre.

«Le vagin n'existe pas, et se trouve représenté par une dépression de 4 centimètres qui se termine en infundibulum. L'orifice de l'urèthre est refoulé au fond de cet infundibulum. A la partie supérieure au-dessous de lui, on aperçoit une saillie représentant le tubercule antérieur du vagin.

« Il n'existe pas d'utérus et dans la région qu'il devrait occuper on constate la présence d'une bande fibreuse de quelques millimètres d'épaisseur que le toucher rectal n'aurait pu reconnaître ; cette bande est située à environ 6 centimètres de l'extrémité postérieure de l'infundibulum qui représente le vagin dans l'intervalle qui sépare ce dernier de la bande fibreuse. La paroi postérieure de la vessie est en contact immédiat avec la face antérieure du rectum, dont elle n'est séparée que par une mince couche de tissu cellulaire.

« Le cordon fibreux qui occupe la place de l'utérus est à peu près cylindrique, et n'a pas plus de 3 millimètres de diamètre; en arrière entre lui et le rectum, se trouve un cul-de-sac péritonéal ayant 4 centimètres de profondeur : en tirant sur la séreuse, on remarque à sa surface des plis qui rappellent les replis de Douglas. Cette bande fibreuse a 12 centimètres environ

(1) Oldham, *Guy's Hospital Reports*, octobre 1849, p. 362.
(2) Braid, *Edinb. Monthly Journal*, mars 1853, p. 230.
(3) Gallard, *Leçons de clinique médicale*, 1873.

de longueur, elle est étendue transversalement au-dessus du détroit supérieur du bassin en arrière de la vessie et décrit une courbe à concavité postérieure, dont les extrémité se terminent dans chaque fosse iliaque, au niveau de la

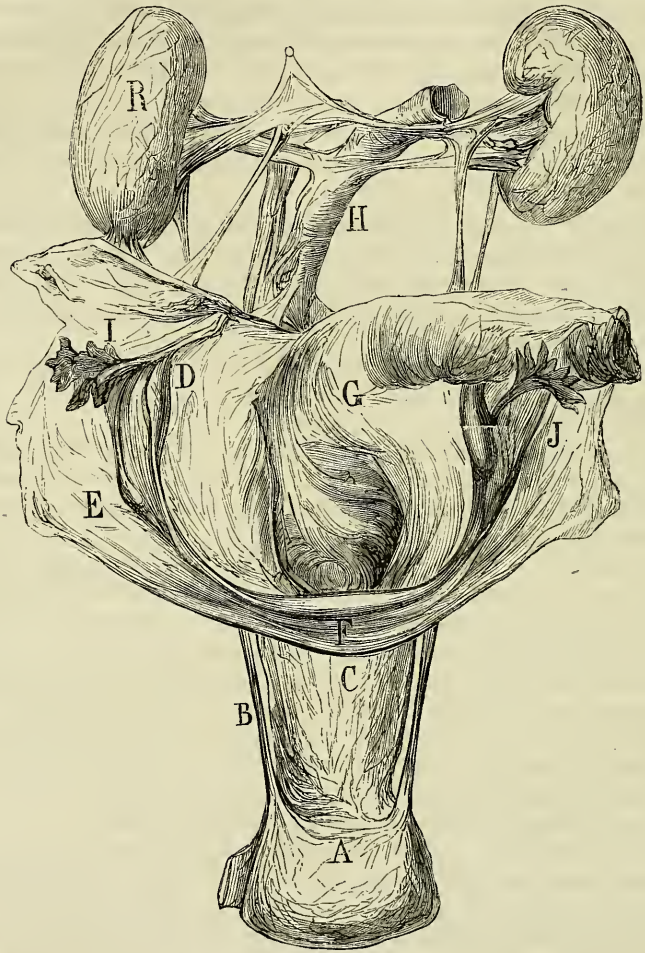


Fig. 48. — Absence d'utérus et de vagin (*).

symphyse sacro-iliaque par un petit tubercule arrondi au-dessus duquel elles se bifurquent.

« Les branches de bifurcation sont représentées à droite et à gauche : l'une située en dehors par la trompe de Fallope bien conformée avec son pavillon

(*) *A*, face postérieure de la vessie qui a été rabattue en avant sur le pubis, après dissection du péritoine relevé lui-même vers le cordon *F* qui représente l'uterus rudimentaire. — *B*, uretère du côté droit. — *C*, face antérieure du rectum que rien ne séparait de la face postérieure de la vessie *A*. — *F*, cordon fibreux transversal représentant l'utérus rudimentaire. — *D*, ovaire droit. — *I*, pavillon de la trompe du côté droit. — *J*, pavillon de la trompe gauche. — *E*, point de bifurcation du cordon formant l'utérus rudimentaire d'où partent la trompe *I* et le ligament de l'ovaire *D*. — *G*, rectum. — *H*, aorte. — *R*, rein droit.

frangé, l'autre par un ligament auquel est appendu l'ovaire également bien conformé et situé plus en dedans.

« A droite la trompe a 8 centimètres de longueur, un mince fil métallique introduit dans son pavillon pénètre de 3 centimètres et demi; sur son trajet on voit quelques petits kystes du volume d'un grain de millet qui ne diffèrent pas de ceux que l'on rencontre d'ordinaire dans cette région. Le ligament de l'ovaire a 3 centimètres de longueur et l'ovaire lui-même 3 centimètres et demi dans son diamètre longitudinal. — Cet organe est rugueux, couvert de petits kystes analogues à ceux de la trompe : son enveloppe est dure, épaisse; il ne contient pas trace de corps jaunes, mais dans son intérieur on voit des vésicules de de Graaf parfaitement reconnaissables.

« A gauche, la trompe a 8 centimètres et demi de longueur, elle est perméable dans une étendue de 3 centimètres et demi. Le ligament de l'ovaire a 28 millimètres, et l'ovaire 25 dans son plus grand diamètre, ce dernier est un peu incliné en dedans et plus éloigné du rein que celui du côté opposé. Sur le trajet de la trompe et sur l'ovaire on ne trouve pas les petits kystes observés à droite sur les organes. A la coupe l'ovaire gauche présente absolument le même aspect que le droit.

« De chaque côté, en arrière de l'ovaire et de la trompe, on trouve un infundibulum péritonéal dans lequel on peut introduire le doigt. Cet infundibulum existe plus marqué à gauche qu'à droite. En examinant attentivement les ovaires, on remarque des adhérences péritonéales qui fixent ces organes principalement à droite où des brides fibreuses s'étendent de la partie supérieure de l'ovaire jusqu'au point qui correspond assez exactement à l'extrémité inférieure du rein du même côté. »

M. Gallard fait remarquer que, dans ce cas, toute tentative dans le but de faire un vagin artificiel eût été formellement interdite.

M. le professeur Richet a publié aussi (1) la relation d'un cas analogue où il rejeta également l'opération.]]

ARTICLE VI

CLOISONNEMENT DU VAGIN.

[[L'auteur a omis de signaler une lésion congénitale qui, bien que rare, présente un certain intérêt. Je veux parler du cloisonnement du vagin.

Cette cloison peut affecter des positions différentes : 1° elle est transversale, plus ou moins épaisse, et divise le vagin en deux loges, l'une située au-dessus de la cloison, l'autre au-dessous, c'est un véritable diaphragme situé sur un point plus ou moins élevé du vagin; 2° la cloison est antéro-postérieure et forme un vagin double, l'un à droite, l'autre à gauche, cette cloison occupe toute la longueur du vagin ou une partie seulement, ordi-

(1) Richet, *Union médicale*.

nairement cette disposition est accompagnée d'un utérus bicorne (*fig.* 49

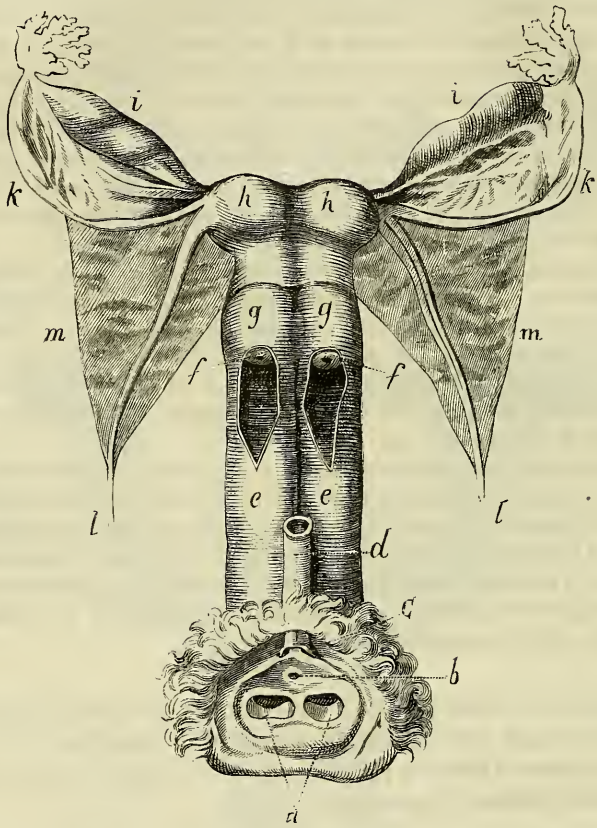


Fig. 49 — Utérus et vagin doubles d'une fille de 19 ans, d'après Eisenmann (*).

et 50) ; 3° la cloison est longitudinale et allant de droite à gauche, de façon à former un vagin antérieur et un autre postérieur : cette dernière anomalie est très-rare.]]

ARTICLE VII

RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN.

Les exemples de vagins plus étroits que le diamètre normal sont assez fréquents : ce qui est rare, ce sont les rétrécissements locaux sur un point

(*) *a*, double orifice vaginal, d'après Eisenmann. — *b*, méaturéthral. — *c*, clitoris. — *d*, urèthre. — *e*, *e*, les deux vagins. — *f*, *f*, orifices utérins. — *g*, *g*, cols des deux utérus. — *h*, *h*, corps et cornes des deux utérus. — *i*, *i*, ovaires, *k*, *k*, oviductes. — *l*, *l*, ligaments ronds. — *m*, *m*, ligaments larges. (Courty.)

du canal vaginal : cette conformation est toujours un phénomène pathologique. Nous devons à Kennedy l'observation suivante (1).

Observation. — Dernièrement, dit-il, j'avais à donner des soins, avec le docteur Johnson, à une jeune femme qui en était à son premier accouchement. Le vagin présentait un rétrécissement congénital très-prononcé, à une distance d'à peu près 3 centimètres de l'orifice. Le coït avait été chez elle très-

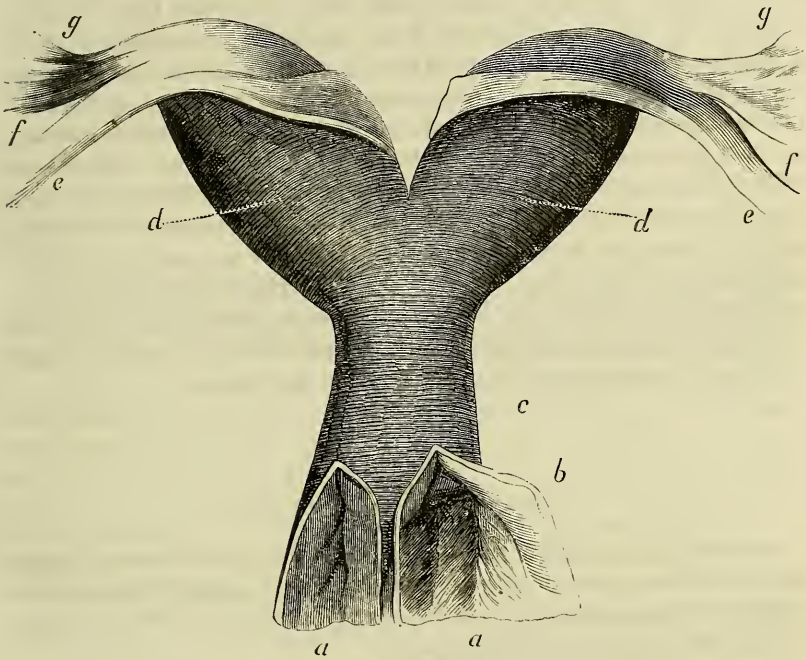


Fig. 50. — Utérus bicornes entièrement doubles et vagins doubles d'une jeune fille de 17 ans, d'après Schröder (*).

douloureux et l'on avait été obligé d'avoir recours à des éponges préparées. La première période du travail dura quarante-huit heures ; au début, c'était avec beaucoup de difficulté que l'on introduisait le doigt, mais peu à peu le vagin se dilata, et quand on administra l'ergot de seigle, l'enfant fut expulsé sans trop de peine.

Cet exemple montre la différence de dilatabilité qui existe entre un vagin congénitalement rétréci et un autre vagin dont le rétrécissement est dû à

(1) Kennedy, *Dublin Journal*, vol. XVI, p. 88.

(*) *a*, les vagins ouverts. — *b*, orifice de l'utérus gauche — *c* les deux portions cervicales adossées, ayant l'apparence d'un col unique. — *d*, *d*, les deux cornes. — *e*, *e*, les ligaments ronds. — *f*, *f*, les oviductes. — *g*, *g*, les ovaires. (Courty.)

une cause pathologique. Il est évident qu'il doit y avoir de même une grande différence dans le traitement.

Ces divers exemples de rétrécissement, d'absence ou d'imperforation du vagin, nous apprennent qu'avec des soins et de l'habileté ces vices de conformation même ne sont plus sans remède. On ne peut poser aucune règle absolue, et il faut se décider suivant les cas particuliers et d'après l'examen de toutes les circonstances, soit locales, soit générales. En outre, il ne faut jamais prendre une détermination sans s'être longtemps consulté. Sans doute, il faut tenir grand compte de la congestion menstruelle et de la distension utérine. Si l'on n'a point de raison pour admettre l'hémorrhagie menstruelle, s'il n'y a pas de tumeur utérine dans l'abdomen, si l'on n'en sent aucune par le rectum, et enfin si, d'après les symptômes spéciaux accusés par la malade, on est en droit d'admettre que les ovaires manquent ou ne sont pas développés, le plus sage est de différer l'opération. Mais si, au contraire, il y a chaque mois un effort menstruel bien accusé, si l'on découvre une tumeur utérine, loin de refuser son assistance à cause des périls qu'il faut courir, le devoir du chirurgien est de tenter l'opération, s'appuyant sur les cas de succès dont nous avons parlé. Plus il faut pénétrer dans le bassin et plus il faudra de précaution, de temps et de patience pour mettre toutes les chances bonnes de son côté.

ARTICLE VIII

OCCLUSION ACCIDENTELLE DU VAGIN.

L'occlusion n'est pas congénitale, mais acquise, quand elle est le résultat d'une inflammation antérieure, que cette inflammation tienne à une violence extérieure ou à la pression prolongée de la tête de l'enfant durant la seconde période de l'accouchement.

Les cas d'occlusion complète du canal depuis l'orifice jusqu'au col utérin sont peu nombreux. Toutefois, Beck (1) cite un fait de ce genre qui fut guéri par une opération. Dans ce cas, comme dans ceux dont j'ai déjà parlé, l'urèthre dilaté remplissait les fonctions du vagin.

Un exemple d'occlusion dans une grande étendue a été rapporté par Simmons (2).

Observation. — Mistriss W..., était accouchée en 1844, et après l'accouchement, le vagin était le siége d'une grande inflammation et d'un écoulement très-abondant. Elle se rétablit et fut parfaitement réglée jusqu'en février 1846. En mars de la même année, elle consulta S..., et voici quel fut le résultat de son examen :

« Sur les grandes lèvres, le clitoris, la fourchette, on ne voyait rien de dé-

(1) Beck, *Medical Jurisprudence*, p. 63.
(2) Simmons, *Lancet*, 1847, p. 651.

fectueux ni d'anormal, mais en ouvrant la vulve dans toute son étendue, on apercevait les petites lèvres presque entièrement accolées l'une à l'autre, et l'on voyait un tissu dense et fibreux qui s'étendait de l'urèthre à la fourchette et transversalement de la base d'une lèvre à l'autre, fermant ainsi complétement l'orifice du vagin et représentant très-bien la paume d'une main au moment où cet organe est ouvert. A la surface de cette membrane, on apercevait des lignes cicatricielles profondes et tortueuses. Au toucher, elle donnait la sensation d'un tissu mou et élastique, mais elle ne présentait aucune ouverture. Convaincu cependant qu'un ou plusieurs orifices devaient exister, puisque les règles n'avaient jamais été interrompues, S... continua l'examen pendant plus d'une heure, essayant chaque point avec une très-petite sonde, la portant dans toutes les directions et sur les rugosités muqueuses qui entourent le clitoris, la fourchette, l'orifice de l'urèthre, mais toutes les recherches furent inutiles et il ne trouva pas la moindre fissure qui communiquât avec la matrice ou le vagin. On ne put découvrir sur l'urèthre aucune ouverture supplémentaire, et, pendant les règles, ni l'urine ni les fèces n'étaient teintes de sang.

« Pendant qu'on se demandait ce qu'il y avait de mieux à faire, la malade annonça qu'elle était enceinte, et, malgré l'incrédulité des médecins, ils furent bien forcés de reconnaître la réalité de cette grossesse. Le 16 novembre, le travail commença, et, à l'examen, Simmons découvrit une tumeur très-tendue, pressant de haut en bas sur le vagin qu'elle remplissait et présentant l'aspect d'une structure fibreuse. Les douleurs de l'accouchement continuant avec intensité, la malade fut placée sur le dos, les cuisses écartées, les lèvres ouvertes avec le pouce et l'index de la main gauche : l'opérateur, partant de la partie la plus saillante de la tumeur, fit une incision dans l'étendue de 3 centimètres suivant une ligne directe depuis l'urèthre jusqu'au périnée. La couche à diviser avait à peu près 2 centimètres d'épaisseur; elle était ferme, d'une structure fibreuse, montrant clairement que l'occlusion n'était pas le résultat d'un simple accolement des bords du vagin, mais bien d'une nouvelle formation de tissu tendineux. Le travail marcha favorablement, les parties molles cédèrent sans difficulté et tout se termina sans accident. »

Dans le cas de Newnham l'orifice semble avoir été fermé par suite d'un travail mal dirigé. M. N... incisa sur la cicatrice, et dilata ensuite le conduit avec des bougies. Meigs rapporte un cas dans lequel une oblitération complète du vagin eut lieu après le premier accouchement. Dans un autre cas, Randolphe fit avec le bistouri un nouveau canal : au bout de quelque temps il ponctionna l'utérus et donna ainsi issue aux règles. La malade se rétablit. Dans beaucoup de ces cas d'occlusion secondaire, si elle est bien complète de manière que rien ne puisse s'échapper, il ne se fait pas de sécrétion, par conséquent pas d'accumulation de liquide, bien que les symptômes menstruels reparaissent chaque mois.

On peut dans le canal même rencontrer des noyaux durs, des cicatrices de formes irrégulières, des bandes cicatricielles circulaires ou en spirale, qui rétrécissent le canal au point de le rendre irrégulier et tortueux, quelquefois même le ferment presque entièrement.

Dans d'autres cas, les adhérences peuvent s'être établies d'une paroi à l'autre du vagin, de manière à le diviser en deux chambres, tantôt laissant un espace considérable au-dessus du point d'adhérence, tantôt se fermant complétement à la partie inférieure sans laisser le moindre passage, tantôt présentant une petite perforation à travers laquelle s'écoulent les règles.

Enfin, dans quelques cas, les parois vaginales sont adhérentes dans toute leur étendue : il n'y a plus de canal.

Jusqu'à un certain point, les conséquences fâcheuses sont en proportion de l'étendue et de la résistance des adhérences. Si ces adhérences sont complètes, les règles une fois produites s'accumuleront et distendront les parties ; mais souvent, comme l'a fait observer Kennedy, elles cessent de se produire. Si le canal est encore perméable, la menstruation s'établira comme d'habitude sans difficulté, et généralement aussi sans souffrance. Presque toujours les rapprochements sexuels sont difficiles, douloureux ou même impossibles ; mais dans les cas mêmes où les règles ne paraissent pas, il ne faut pas compter que la fécondation soit impossible ; il faut avoir bien soin de ne pas s'avancer imprudemment à ce sujet : on a vu des exemples de grossesse dans des cas où l'on ne pouvait découvrir aucune perforation.

On ne peut s'empêcher de regretter cette possibilité de grossesse ; quels que soient les cas, la grossesse et surtout l'accouchement deviennent une complication très-grave. Sans doute, dans les cas peu graves, la pression de la tête de l'enfant déchire les adhérences ; mais dans beaucoup d'autres, si les choses sont abandonnées à elles-mêmes, il arrive souvent une rupture, soit du vagin, soit de la matrice. Dans tous les cas, il vaut mieux avoir recours à une opération qui, malgré les dangers qu'elle entraîne, malgré l'inflammation à laquelle elle donne lieu, peut du moins guérir.

Ces cicatrices, callosités, adhérences, sont, dans tous les cas, le résultat de l'inflammation et de la suppuration : que la cause première soit une blessure accidentelle, des tentatives d'avortement, une maladie, la pression trop prolongée de la tête pendant le second temps de l'accouchement ou l'emploi du forceps. Il faut aussi noter que les lésions du vagin peuvent avoir été produites après la conception pendant la grossesse, et on ne les découvre qu'au moment de l'accouchement. Une complication fréquente et très-grave est la perforation de la vessie et du rectum : en pareil cas, l'infirmité est bien plus pénible, et le traitement beaucoup plus difficile.

Les faits que je vais citer maintenant confirmeront pleinement ces diverses assertions.

Barrett (1), du Kentucky, a rapporté une observation de rupture de

(1) Barett, *Western medic. and phys. Journal*, vol. VIII, p. 206. — Taurin, Thèse de Paris, 1853, 26 décembre.

l'utérus pendant le travail, dans un cas d'adhérence très-étendue du vagin.

Kennedy (1) a publié plusieurs observations d'une semblable lésion; il cite deux cas dans lesquels l'orifice du vagin avait les dimensions normales; mais à 2 ou 3 centimètres de l'orifice, le canal se rétrécissait brusquement, ne demeurant perméable que du côté de la paroi recto-vaginale.

Il cite encore un cas, d'après Charles O'Reilly, dans lequel les parois du vagin avaient adhéré dans une étendue de 3 centimètres; après une ablation de polype, les adhérences furent coupées avec le bistouri, les règles se rétablirent, et, grâce à l'usage des bougies de cire, la malade se guérit complétement.

Doberty (2) a publié deux cas dans lesquels on ne connut l'état du vagin qu'au moment de l'accouchement. Dans le premier cas, une bride épaisse circonscrivait toute la partie supérieure du vagin, en diminuait notamment le calibre, et offrait une telle résistance que l'utérus se rompit.

Dans la deuxième observation, une expansion fibreuse très-résistante existait à 7 centimètres de l'entrée, près du col utérin, rétrécissant le calibre du vagin au point que l'extrémité du doigt pouvait seule y pénétrer. Cette femme était enceinte, et au moment de l'accouchement l'enfant se présenta par l'épaule. On coupa les adhérences, la version fut faite, l'enfant extrait de l'utérus; mais une phlébite se déclara et la malade mourut.

Kask, de New-York, a réuni trente-six cas d'occlusion vaginale. Dans quinze de ces cas, il est établi que l'accident fut le résultat d'un travail très-long et très-pénible. Dans un seizième, la maladie fut la conséquence de tentatives d'avortement. Dans un dix-septième, elle fut le résultat d'une vaginite qui persista pendant toute l'enfance. Dans un dix-huitième, elle était congénitale. Dans un exemple cité par Lisfranc (3), elle était le résultat d'ulcères syphilitiques négligés. Parmi tous ces cas, les uns furent abandonnés complétement à la nature, les autres opérés de la manière que nous avons indiquée, et, après avoir fait la somme des succès et des insuccès de part et d'autre, Kask (4) conclut qu'abandonner ces cas à eux-mêmes, c'est faire courir aux malades de grands risques; tandis qu'avec la section par le bistouri, la guérison est presque assurée; il faut seulement opérer le plus tôt possible.

M. Square, de Plymouth (5), a rapporté un cas dans lequel le vagin était presque fermé à un pouce de son orifice, et formait au-dessus de l'adhérence un large cul-de-sac. Il perfora la cicatrice avec une sonde, dilata

(1) Kennedy, *Dublin Journal*, vol. XVI, p. 93.
(2) Doberty, *Dublin Journal*, t. XXI, p. 65.
(3) Lisfranc, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*. Paris, 1841-43.
(4) Kask, *American Journal of medical science*. Juillet 1848, p. 114.
(5) Square, *Dublin Journal*, t. XXVI, p. 156.

ensuite l'ouverture, et donna ainsi issue au sang des règles. L'ouverture fut maintenue dilatée avec des bougies.

Oldham (1) a rapporté un fait, dans lequel l'ulcération fut produite par l'usage de forceps : le rétrécissement était tellement prononcé, que c'est à peine si la première phalange de l'index pouvait passer. Sur un point, la cicatrice faisait une saillie pointue dans le vagin. La malade était enceinte et l'état des parties était tel, que la malade courait beaucoup de danger, si l'on attendait le moment normal du travail. Oldham sectionna d'abord la cicatrice, puis, sans faire courir aucun danger à la mère, détermina un accouchement prématuré.

Dans un exemple de Danyau (2), le rétrécissement était la suite d'une blessure reçue pendant l'enfance : il était tellement considérable qu'une sonde de femme pouvait à peine passer.

Dans un cas de Devisac (3), un rétrécissement semblable était la suite d'un accouchement très-pénible. Dans les deux cas, une grossesse survint, et le travail se termina par la déchirure des adhérences.

Dans un cas de Muro (4), le vagin semble être devenu adhérent dans toute son étendue après un travail pénible, mais l'oblitération n'était pas complète, car la malade devint enceinte. Il se fit un avortement au cinquième mois, et le docteur M... jugea nécessaire d'inciser le vagin et de faire la crâniotomie. La malade se rétablit, et l'on fit en sorte de maintenir le canal perméable.

Dans un cas de Sawyer (5), qu'il me fit examiner, le rétrécissement siégait à une distance de 2 pouces, à peu près, de l'orifice externe ; en apparence, il était complet. La malade était en train d'accoucher, et il fallut sectionner ce rétrécissement, qui avait une épaisseur de 1 centimètre. Malgré cette opération, il fallut faire la crâniotomie. La malade guérit également.

Si la liste de ces faits n'était déjà assez longue, je pourrais en citer encore plusieurs tirés de ma propre pratique. Tantôt la cicatrice était circulaire ou en spirale, tantôt le calibre du vagin était diminué dans toute son étendue, ou bien le canal était divisé en deux conduits parallèles ; tantôt le doigt pouvait passer et arriver jusque sur le col utérin, tantôt cette manœuvre même était impossible. Quelques-unes de mes malades étaient des femmes d'un âge mûr et l'oblitération était relativement récente ; chez d'autres, la lésion était très-ancienne. Aucune de mes malades ne devint enceinte une fois l'oblitération produite. Toutes faisaient

(1) Oldham, *London medical Gazette*, 1849, vol. X, p. 45.

(2) Danyau, *Observation sur un cas de dystocie produite par un cloisonnement transversal du vagin compliqué de prolapsus* (*Archives générales de médecine*, Paris, 1840, t. X, p. 63, et *Gazette médicale*, 1841, n° 20).

(3) *New-Orleans medic. Journal*, avril 1845.

(4) Ranking's *Half Yearly Abstract*, vol. IV, p. 187.

(5) *Dublin Journal*, vol. XXII, p. 481.

remonter leur maladie à des accouchements antérieurs pénibles. Chez quelques-unes, je réussis par l'emploi des bougies; chez d'autres, j'échouai; mais il me parut très-rarement nécessaire ou prudent d'avoir recours au bistouri.

Je ne rapporterai qu'un seul cas, parce qu'il montre que l'occlusion peut siéger à la partie supérieure du vagin et n'entraîner qu'une très-petite difformité.

Observation. — Je fus consulté par une dame qui avait été atteinte d'une ulcération du vagin après une couche. Son mari mourut, et elle se remaria, sans éprouver aucune gêne dans l'accomplissement de ses devoirs de femme. A l'examen, je trouvai un vagin de calibre normal, se terminant en cul-de-sac à 9 pouces de la vulve. Au-dessus de ce cul-de-sac on sentait le col utérin. En introduisant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, on saisissait le col. Au spéculum, on voyait parfaitement les cicatrices : elles étaient molles au toucher; mais il fut impossible d'introduire la plus petite bougie jusque sur le col, et cependant la malade avait eu ses règles régulièrement et sans douleurs. On me demanda si cette dame pouvait devenir enceinte; j'admis que ce n'était pas impossible, mais que c'était peu probable. Les faits que j'ai cités justifient, je pense, cette opinion. Je conseillai de faire une ouverture pour mettre l'utérus en rapport direct avec le vagin, mais la malade préféra rester telle qu'elle était.

§ I. — Pronostic.

Le pronostic doit être toujours très-réservé, sauf les cas où le rétrécissement est très-petit. En dehors de la complication de grossesse, l'opération est souvent suivie d'inflammation non-seulement du vagin, mais même du péritoine ; et si la malade est enceinte, à ces dangers d'inflammation il faut ajouter ceux d'une rupture du vagin ou de l'utérus. Toutefois la rupture de l'utérus est encore plus à craindre quand on ne voit la malade qu'au moment de l'accouchement et qu'il n'y a pas eu d'opération.

§ II. — Traitement.

Il faut faire appel à tout son jugement pour tracer en pareil cas une ligne de traitement. Il faudra tenir grand compte de l'âge et de la constitution de la malade, de l'étendue du rétrécissement, de son siége, de l'existence d'une grossesse, de l'imminence d'un accouchement.

[Avant d'en venir aux indications spéciales que donne M. Churchill sur la conduite à tenir dans les différentes circonstances qu'il a observées, nous croyons devoir montrer par l'exemple suivant, emprunté à la clinique de P. Dubois, qu'il ne faut pas toujours se presser de recourir à une opération qui, simple en apparence, n'est, en réalité, pas toujours exempte de dangers. Les figures 51, 52 et 53, dessinées d'après nature par M. Chailly

lui-même, montrent un diaphragme membraneux, oblitérant presque complétement le vagin chez une jeune fille de seize ans. Cette fille entra dans le service de la clinique pour y accoucher. Dubois ne voulut faire aucune opération, il attendit les événements, prêt à agir si quelque indication se présentait. L'accouchement se termina heureusement, la nature avait suffi à vaincre l'obstacle, et la figure 53 montre le diaphragme revenu sur lui-même, comme le col utérin, après l'accouchement. Moreau, dans un cas analogue, s'est tenu dans la même réserve avec le même succès ; mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement, et M. Churchill indique plus loin les diverses conditions qui modifieront la conduite du chirurgien.]

1. Si le rétrécissement est peu prononcé, si le tissu cicatriciel est souple ou dilatable, on arrivera probablement à dilater suffisamment avec des éponges préparées et des bougies de cire ou de gomme élastique.

2. Si le rétrécissement est plus prononcé et que le tissu cicatriciel soit dur et saillant, il faudra d'abord inciser avec le bistouri, et n'avoir recours qu'après cette section aux éponges préparées et aux bougies.

Dans ces deux classes de faits, j'admets que l'occlusion, bien que partielle, est un obstacle au coït, et peut en devenir un à l'accouchement et entraîner des obstacles ou des dangers. Si la malade était une veuve ou une femme avancée en âge, il ne faudrait certes pas lui faire courir les risques d'aucune opération.

3. Enfin, si le vagin est entièrement oblitéré sur un point, il faut dans tous les cas, sauf chez les femmes très-avancées en âge, refaire un canal, à

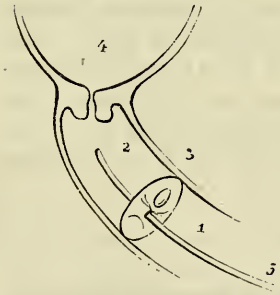


Fig. 51. — Cloison vaginale supposée en coupe (*).

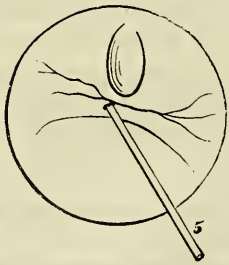


Fig. 52. — Avant l'accouchement, vue au spéculum. (Chailly)

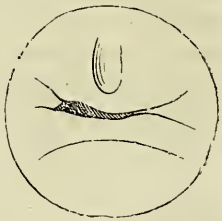


Fig. 53. — Après l'accouchement, vue au spéculum. (Chailly.)

cause des dangers de l'accumulation du sang dans l'utérus. Si même, sans l'être tout à fait, le vagin est sur le point d'être oblitéré complétement, il faut se décider pour l'opération.

Dans cette opération, il y a deux principaux dangers à éviter : blesser le

(*) 1, chambre antérieure; 2, chambre postérieure; 3, diaphragme; 4, utérus; 5, sonde traversant le diaphragme. (Chailly.)

rectum en arrière, blesser la vessie et l'urèthre en avant. Il faudra, pendant l'opération, maintenir une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum; de cette manière, à chaque coup de bistouri on sera averti si l'on se rapproche trop de l'un des deux organes. A ce point de vue aussi, il est plus prudent de faire l'incision dans le vagin latéralement plutôt que perpendiculairement. Au niveau de l'orifice interne, s'il était oblitéré, l'incision doit être faite à partir de l'urèthre jusqu'à la fourchette, dans l'étendue d'une vulve ordinaire.

Pendant l'opération, la malade sera placée sur le bord d'une table, et sur le dos, les pieds appuyés sur le dos de deux chaises et les cuisses fortement écartées. Un aide écarte les grandes lèvres : on reconnaît exactement la situation de l'urèthre, de la vessie et du rectum, et l'on pratique une incision, soit latérale, soit perpendiculaire, suivant l'étendue et la profondeur nécessaires. Une fois la première incision faite, on écarte les parois du vagin avec une large spatule, de manière à voir les parties dans une certaine étendue et à pouvoir, au besoin, faire usage d'un petit spéculum de cristal. Chaque incision doit être peu profonde. On ne peut prendre trop de précautions. Après chaque coup de bistouri, il faut, soit avec le doigt, soit avec le manche du scalpel, écarter les parties adhérentes, et à chaque pas il faut toucher par le rectum. Ainsi peu à peu, moitié en incisant, moitié en déchirant, on arrive jusqu'au col de l'utérus. Là on devra s'assurer qu'il est perméable, en introduisant un cathéter ou en écartant les lèvres avec la pointe du bistouri ou un trocart.

Dans cette description sommaire, j'ai supposé que le vagin était oblitéré depuis son orifice jusqu'à l'orifice de l'utérus. Si l'oblitération est moins considérable, les incisions seront aussi moins profondes, mais le procédé opératoire sera toujours le même. Il est à désirer que l'espace qu'on se donne par l'incision soit considérable, car il y a toujours, plus tard, une tendance marquée à la rétraction ; mais il est aussi inutile et même dangereux de tomber dans l'excès contraire.

Une fois l'opération terminée, on introduit entre les lèvres de la plaie une mèche de linge enduite d'huile, que l'on fait pénétrer plus loin que l'incision, de manière à empêcher les adhérences de se reformer, et l'on changera cette mèche deux fois par jour. On fera passer aussi de temps en temps une bougie ou un cathéter dans le col utérin pour s'assurer qu'il ne se referme pas.

Du reste, il ne faut pas regarder cette opération trop légèrement; elle est tout à la fois difficile et dangereuse. Kennedy (1) fait à ce propos les remarques suivantes :

« Le peu d'épaisseur des tissus à diviser, le danger d'atteindre la vessie ou le rectum, ou même le péritoine, la profondeur des parties sur lesquelles on doit opérer, l'espace restreint dans lequel il faut se mouvoir, toutes

(1) Kennedy, *Dublin Journal*, vol. XVI, p. 92.

ces conditions rendent cette opération aussi difficile, aussi dangereuse qu'aucune autre. » Je prie le lecteur de se rapporter au procédé opératoire décrit par Kennedy.

Quand l'inflammation locale a cessé, il sera temps de commencer l'emploi des bougies de cire ou des bougies de gomme. Elles devront être introduites deux fois par jour jusqu'au col utérin, et il faudra les laisser en place pendant quelque temps. On commencera avec une bougie d'un diamètre modéré, et l'on ira en augmentant peu à peu jusqu'à une bougie du diamètre de 3 centimètres 1/2 à 4 centimètres. Si dans le nouveau vagin il y a une tendance marquée à la rétraction, il sera bon d'introduire un morceau d'éponge préparée, lequel, en se gonflant, dilatera lentement et énergiquement le canal. L'usage des bougies devra être continué longtemps après la guérison, sinon tous les jours, au moins de temps en temps.

Il est un autre danger beaucoup plus grave contre lequel il faut se mettre en garde, c'est l'extension de l'inflammation au péritoine. La méthode de Kennedy, et je n'en connais pas de meilleure, est d'administrer d'emblée de petites doses de mercure, pas assez pour produire la salivation, mais en quantité suffisante pour soumettre toute la constitution à l'influence rapide de ce médicament. Quand, malgré ce traitement, l'inflammation se produit, il faut la combattre suivant les règles ordinaires, et je n'ai pas à les tracer ici.

La malade doit garder le lit, observer une diète sévère jusqu'à ce que tout danger soit passé, et il faut entretenir la liberté du ventre avec des lavements.

4. Dans les cas où il existe une perforation de la vessie ou du rectum, il faut une grande prudence de la part du chirurgien. Autrement, en détruisant le rétrécissement, on agrandit la fistule. Si la malade n'est pas enceinte, et que le rétrécissement ne cause pas une gêne sérieuse, le procédé de Kennedy, de prendre le moule du vagin et d'appliquer un tampon pour diminuer la quantité de l'écoulement, sera le meilleur.

Si le rétrécissement est simple, et que la perforation de l'un ou l'autre des organes voisins n'ait pas entraîné une grande perte de substance, il faudra s'occuper d'abord du rétrécissement et combattre ensuite les fistules par les procédés que nous décrirons plus loin. Les infirmités liées à cet état sont si graves, que l'on peut bien courir quelque risque pour arriver à les soulager. Et d'ailleurs, les chances de guérison ont été notablement augmentées par les progrès de la médecine opératoire.

Si la malade est enceinte, il faut laisser de côté l'état de la vessie et ne s'occuper que du vagin, que de l'influence du rétrécissement sur l'accouchement, et traiter la malade suivant les règles que je vais maintenant tracer.

La première question est de savoir si l'on doit provoquer un avortement ou un accouchement prématuré, ou simplement détruire le rétrécissement et laisser aller les choses jusqu'au moment où l'accouchement normal se

fera. Nous avons vu que Oldham a provoqué avec succès un accouchement prématuré. Dans un des faits de Doberty, la question d'un accouchement prématuré fut soulevée, et finalement résolue par la négative. Mais après avoir vu la terminaison fatale de cette malade, je ne pense pas, je l'avoue, qu'on ait adopté la marche la plus sage. Nous avons déjà vu que, dans un grand nombre de cas, la rupture de l'utérus était la conséquence de l'inaction, alors même que l'obstacle était une simple bande cicatricielle du vagin, et qu'en attendant l'époque naturelle de l'accouchement, on fait toujours courir aux malades les risques d'une péritonite, si elles échappent à la rupture de la matrice.

Prenant donc tous ces points en considération, je n'hésite pas à conclure qu'il y a des cas dans lesquels l'avortement, ou du moins l'accouchement prématuré, est de beaucoup préférable à l'expectation. Ces cas sont ceux dans lesquels le rétrécissement est formé par une bande cicatricielle très-résistante et très-courte, ou bien par des cicatrices irrégulières qui rendent toute dilatation impossible ; ce sont ceux encore dans lesquels le vagin paraît être complétement fermé par des adhérences.

En pareil cas, il est vrai, on peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux essayer d'abord l'opération et ensuite la dilatation ; peut-être arriverait-on de la sorte à sauver l'enfant sans faire courir beaucoup de risques à la mère? Je pense qu'on doit résoudre cette question affirmativement, et qu'il faut en effet essayer d'abord de détruire le rétrécissement. Il restera toujours d'ailleurs la possibilité de déterminer plus tard un accouchement prématuré, si les circonstances l'exigent. Mais si le rétrécissement est incurable, comme l'enfant n'a en réalité que bien peu de chances de vie, si même il en a, en le laissant arriver à terme, et que la mère courrait les plus grands dangers, il est du devoir du médecin de provoquer les contractions utérines et d'attendre seulement, si cela se peut, que l'enfant soit viable. Il faut savoir aussi que l'opération seule, sans manœuvres spéciales, peut déterminer l'avortement.

On peut provoquer l'accouchement prématuré par la ponction des membranes à travers le col de l'utérus, et l'administration de l'ergot de seigle immédiatement après. Dans quelques cas, il est difficile de passer à travers l'ouverture du col, et l'on est obligé d'employer le bistouri pour se faire une voie. On peut encore faire usage des douches intra-vaginales avec de l'eau chaude, ou bien avec de l'eau froide et chaude alternativement. Ce procédé présente cet avantage que l'eau pénétrera partout où il y aura la moindre ouverture, et l'on ne sera pas forcé d'employer le bistouri. Il peut arriver cependant que la douche ne provoque pas de contractions, et en pareil cas il faut en revenir au moyen que j'ai indiqué d'abord, la ponction et l'administration de l'ergot de seigle.

5. Arrivons maintenant au traitement de ces cas dans lesquels on ne connait rien de l'état du vagin jusqu'au moment où le travail commence. Ici toute la question porte sur le degré et sur la dilatabilité du rétrécisse-

ment, en d'autres termes, sur la résistance que le vagin offrira au passage de la tête de l'enfant. Si les cicatrices sont extensibles, si le vagin n'est pas trop resserré, on peut espérer que les seuls efforts de la nature triompheront de la résistance des tissus. Denman remarque « que, dans le grand nombre de cicatrices du vagin qu'il a vues, il n'a jamais rencontré un seul exemple de dystocie par suite de ces cicatrices, quand du moins les contractions utérines avaient leur énergie habituelle. Les accouchements ont été, il est vrai, plus longs, mais ils ne s'en terminaient pas moins heureusement.

Kask et Purefoy ont cité deux cas semblables à ceux de Denman.

Il y a des moyens de faciliter la distension du vagin en relâchant les tissus. Hamilton, Davis et d'autres, ont réussi en pratiquant de larges saignées. Nous devons à Kennedy la première application de l'émétique en pareil cas : ce moyen paraît avoir réussi tout aussi bien que la saignée, et cela avec beaucoup moins de perte de forces pour la malade. Si donc on décidait que le rétrécissement n'exige pas une intervention plus active, il faudrait avoir recours à ces divers moyens ; mais quand le rétrécissement est considérable, quand il ne reste plus qu'un petit conduit circulaire très-resserré, il est tout à fait hors de propos d'abandonner les choses à la nature. Le danger des rétrécissements du vagin, au moment du travail, ne vient pas seulement de ce que l'espace qui reste pour le passage du fœtus est plus étroit, mais encore de ce que l'inflammation a modifié la structure de tous les organes adjacents. Le vagin est moins en état de supporter une dilatation forcée, et si la portion rétrécie arrête trop longtemps la tête au passage, il se fera très-probablement au-dessus de l'obstacle une rupture, s'il existe quelque solution de continuité antérieure. Si, au contraire, il y a déjà une fistule, cette fistule devient très-facilement une large déchirure : deux organes distincts se trouvent réunis, et ainsi se produit une des plus affreuses calamités qui puissent arriver à une femme.

Cette description de Doberty (1) n'est que trop vraie : une infirmité incurable ou la mort de la mère, et la mort de l'enfant comme conséquence nécessaire : telles sont les raisons qui ne permettent pas d'hésiter sur l'opportunité d'une opération, et surtout d'une opération très-prompte. Sans doute il y a le danger de voir les incisions se transformer en fistules, mais c'est le seul moyen d'augmenter les chances de salut pour la mère. Si, après les incisions et l'emploi de l'émétique, le rétrécissement résiste encore, on doit avoir recours à la crâniotomie, et cela sans la moindre hésitation. Il faut se rappeler d'ailleurs que cet enfant, qui est le grand obstacle au salut de la mère, ne pourra pas lui-même survivre à une rupture de l'utérus.

Enfin, quand le vagin est complétement oblitéré sur un point ou dans une certaine étendue, il faut encore ne pas hésiter à attaquer l'obstacle

(1) Doberty, *Dublin Journal*, t. XXI, p. 70.

avec le bistouri. Il se peut qu'une fois l'incision faite, le travail s'achève tout naturellement, sans danger pour la mère ou pour l'enfant; ou bien il se peut que les tissus offrent encore assez de résistance pour compromettre la vie de l'un et de l'autre. Si nous sommes sûrs de cette condition, il n'y a encore qu'une ressource, la crâniotomie. Inutile de dire que jamais le forceps n'est admissible pour un vagin qui présente des cicatrices.

Le traitement de tous ces cas divers exige donc les plus grands soins et la plus grande attention. Le danger d'une inflammation péritonéale ou vaginale est toujours imminent. Le repos le plus absolu, des fomentations chaudes sur la vulve, des injections vaginales tièdes de lait et d'eau, de petites doses de mercure devront être employées immédiatement; et si, malgré ces précautions, la péritonite se déclare, on la combattra par les moyens ordinaires, la saignée, des sangsues et du mercure. Si la malade se rétablit, le médecin devra faire tous ses efforts pour empêcher qu'un nouveau rétrécissement ou de nouvelles adhérences ne se reproduisent.

Tous ces faits appellent l'attention sur la nécessité de prendre des mesures prophylactiques dans les cas d'accouchement difficile ou après l'emploi des instruments. Dans tous les cas où il s'est produit une inflammation ou une ulcération à la suite de l'accouchement, il faut se rappeler les chances de difformité qui peuvent être la suite de ces inflammations, et l'on doit porter la plus scrupuleuse attention sur l'état du vagin.

Au début, quand l'inflammation est aiguë, on prescrira seulement des moyens adoucissants, tels que fomentations et cataplasmes sur la vulve, injections vaginales de lait et d'eau, et au besoin quelques sangsues. Une mèche de linge huilé sera introduite dans le vagin, de manière à empêcher l'adhérence des bords. Quand l'inflammation a cessé, que les douleurs ont disparu, on remplace la compresse par un tampon, de manière à conserver au vagin son diamètre normal; ou bien on introduit deux fois par jour, en la laissant en place un certain temps, soit une bougie, soit une éponge préparée. On devra de temps en temps examiner les parties pour s'assurer s'il y a quelque tendance à de la contraction, et l'on continuera ces précautions jusqu'à ce que l'on soit bien certain que le canal est guéri et qu'il a repris sa forme et ses dimensions.

CHAPITRE II

VAGINISME.

Marion Sims (de New-York) (1) a décrit un état particulier du vagin, qu'il considère comme le résultat d'une contraction spasmodique, par

(1) Marion Sims, *Transact of Obstetrical Society of London,* 1861-1862, vol. VIII, p. 356 et *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, Paris, 1866.

suite d'une sensibilité exagérée de cet orifice. La meilleure description de cette maladie est encore la première observation publiée par Marion Sims.

Observation. — Au mois de mai 1857, je fus appelé, dit Marion Sims, auprès d'une dame âgée de quarante-cinq ans, qui s'était mariée à vingt ans, et depuis lors avait toujours été malade. La menstruation, qui avait toujours été douloureuse chez cette dame, venait tout récemment de finir. Elle accusait une grande irritation de la vessie, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et plusieurs autres symptômes d'affections utérines; mais le fait le plus remarquable de son histoire est qu'elle était encore vierge, bien qu'elle fût mariée depuis vingt-cinq ans. Deux ou trois ans après son mariage, son médecin avait découvert au méat urinaire un petit tubercule sanguin qu'il enleva, mais sans avantage pour la malade. Il essaya alors de dilater le vagin avec des bougies graduellement plus volumineuses, ce qui amena des douleurs intolérables, sans le moindre profit. J'essayai d'examiner le vagin, mais je ne pus y réussir : le plus léger attouchement à l'orifice du vagin produisait des douleurs intolérables; tout le système nerveux fut violemment ébranlé, il y eut une agitation dans tous les muscles, elle tremblait comme dans le premier stade d'une fièvre intermittente. Elle poussait des cris, pleurait et présentait l'aspect le plus pitoyable de la terreur poussée jusqu'à l'agonie. Malgré toutes ces preuves évidemment involontaires de souffrance physique, elle avait encore l'énergie morale de se maintenir sur le lit, et me suppliait de ne pas suspendre mon examen s'il restait la moindre chance de découvrir quoi que ce soit au sujet de son inexplicable situation. Après avoir appuyé de toutes mes forces pendant plusieurs minutes, je réussis à introduire le second doigt dans le vagin jusqu'à la seconde phalange, mais pas plus loin. La résistance était si grande et le rétrécissement du vagin tellement étroit, que le doigt était engourdi et que l'on ne découvrait qu'un spasme du sphincter du vagin. Il fut décidé que l'on éthériserait la malade, et à ma grande surprise, dès qu'elle fut sous l'influence de l'éther, je trouvai l'orifice du vagin complétement relâché, le vagin lui-même à l'état normal et sans la moindre lésion. Il est fort remarquable que le spasme se soit produit avec la même intensité pour un examen avec le doigt qu'au moment des rapports sexuels. Cela tenait-il au mode d'examen, à la position de la malade sur le dos ? Quand elle était placée sur le côté gauche, je n'ai jamais trouvé de difficulté à introduire mon doigt, bien que l'introduction du pénis ait été impossible.

Montgomery m'a parlé d'une dame qui le consulta, parce que, disait-elle, elle était mal conformée; son mari ne pouvait avoir de rapports avec elle. La surprise de cette dame fut extrême quand Montgomery lui montra qu'il pouvait cependant faire passer une bougie volumineuse.

Depuis la publication du mémoire de Marion Sims, des cas semblables ont été publiés par Debout et Michon (1). Ils pensent que les causes les

(1) Debout et Michon, *De la contracture spasmodique du sphincter vaginal et de son traitement* (*Bulletin de thérapeutique*, année 1861, vol. LXI. nos 3, 4 et 7).

plus fréquentes de ce spasme sont : l'inflammation de la membrane muqueuse, l'herpès ou l'eczéma de la vulve, l'inflammation des follicules muqueux, mais surtout l'hyperesthésie de la membrane muqueuse vulvaire et les fissures à l'entrée du vagin. Ils signalent aussi une disposition anatomique spéciale du périnée que j'ai rencontrée depuis : le bord antérieur du périnée déborde en avant d'une manière inaccoutumée et oblitère en apparence l'orifice. Pour introduire le doigt, il faut faire coucher la malade sur le côté gauche et écarter la saillie du périnée d'avant en arrière pour se faire de la place. Dans le cas de Michon et Debout, l'irritation produite par le contact était si grande, que le coït était incomplet ou impossible.

Cette affection est assurément connue de tous les médecins qui ont un peu de pratique obstétricale, et c'est uniquement à cause de la difficulté que l'on éprouve à en parler que les auteurs l'ont à peine signalée. Il s'en est présenté à moi un si grand nombre d'exemples, et j'ai si constamment vu qu'elle était la source de la mauvaise santé et du malheur dans les familles, que je me regarderais comme coupable de ne pas en parler.

J'ai dit que des rapports sexuels incomplets étaient très-fréquents, mais je puis ajouter qu'ils sont relativement très-rares dans la classe inférieure. Il peut se faire qu'il y ait compensation entre le développement des facultés de l'esprit et le parfait accomplissement des fonctions physiques. Je n'ai jamais vu un cas de rétrécissement aussi prononcé que celui de Marion Sims, sauf une ou deux fois où l'hymen était d'une résistance inaccoutumée ; mais j'ai vu souvent des femmes dans le vagin desquelles, même après plusieurs années de mariage, on ne pouvait pas pénétrer complétement.

§ I. — Causes.

En recherchant avec soin la cause de cette disposition, on trouve, au début du mariage, de la faiblesse de la part du mari, ou bien une rigidité inaccoutumée, un peu de rétrécissement de la part de la femme, ou peut-être, les deux causes existant, l'acte du mariage est incomplétement accompli. De plus, par suite des efforts, il se produit de l'irritation et un peu d'ulcération de la vulve, ce qui augmente encore l'obstacle et rend les tentatives nouvelles encore plus infructueuses. Si, après un espace de temps raisonnable, on arrive cependant à un accomplissement parfait des actes conjugaux, l'inflammation se guérit et tout va bien. Dans le cas contraire, l'inflammation de la vulve et de l'orifice du vagin s'établit de plus en plus, et s'entretient ou même s'augmente par les tentatives nouvelles que l'on fait inutilement. Chaque nouvel effort est un échec qui aggrave le mal : sous l'influence de la douleur, le spasme devient plus prononcé.

Cette inflammation, dont le point de départ a été la vulve, ne s'arrête pas là et gagne tout le vagin. Ainsi se produisent des vaginites quelquefois

intenses. J'en ai vu plusieurs exemples, et cela dans des cas où positivement il n'y avait jamais eu de rapports sexuels.

[[L'opinion qui consiste à regarder le vaginisme comme une contraction réflexe du canal vaginal, est celle qui est aujourd'hui admise par le plus grand nombre des médecins.

Voici à ce sujet quelques-unes des conclusions de l'excellente thèse du docteur Visca (1), de Montevideo.

« Le vaginisme est un état particulier des organes sexuels de la femme caractérisé surtout par la contraction involontaire et douloureuse du sphincter vaginal, de tout le vagin souvent et parfois de plusieurs plans musculaires du perinée et de de l'excavation pelvienne.

« Le spasme vaginal est toujours un état secondaire symptomatique de lésions diverses de l'appareil génital de la femme, son expression pathogénique se réduit à une action réflexe; le vaginisme essentiel ne saurait être admis. »

Comme on le voit par l'énoncé qui précède cette contracture, qui constitue le spasme est de nature réflexe; voici comment nous devons nous rendre compte de ce phénomène :

Quand il existe une lésion quelconque de la vulve ou du vagin, les nerfs sensitifs sans cesse excités transmettent vers les cellules postérieures de la moelle auxquelles elles aboutissent, une excitation qui se réfléchit vers les cellules antérieures ou motrices. De ces dernières naissent les nerfs moteurs qui déterminent alors dans les fibres musculaires auxquelles ils se distribuent une contraction involontaire et permanente, l'excitation durant elle-même sans interruption.]]

§ II. — Symptômes.

Quelquefois, au moins pendant un temps, la santé générale n'est que fort peu modifiée : l'irritation est toute locale, mais les autres fonctions s'accomplissent régulièrement, et la malade reste en bon état. Il n'en est pas toujours ainsi : j'ai vu des cas où, sous l'influence de cette irritation de la vulve, le sommeil était troublé, les fonctions de l'estomac se dérangeaient; peu à peu survenait de l'amaigrissement, et tout l'organisme se trouvait dérangé.

Il y a un autre symptôme très-fréquent et très-ennuyeux, c'est l'irritabilité excessive de la vessie, caractérisée non-seulement par des besoins fréquents d'uriner, mais par une sorte de ténesme vésical. Cet accident est quelquefois poussé au point de troubler le repos des malades. J'ai acquis la certitude que ce symptôme n'est que le résultat, par action réflexe, de la vaginite; et la preuve, c'est qu'il disparaît dès que la vaginite est guérie.

(1) Visca, *Du vaginisme*. Thèse, 1870.

Dans le plus grand nombre des cas, la douleur est assez grande pour faire cesser tout désir sexuel aussi bien que toute espèce de plaisir. Il n'en est pas cependant toujours ainsi. Dans quelques cas, les désirs non satisfaits en arrivaient à une telle intensité, qu'il en résultait une irritation nerveuse excessive et les plus grands troubles nerveux. J'ai vu quelquefois la menstruation devenir irrégulière, quelquefois trop abondante; le plus souvent elle n'est pas dérangée. En règle générale, nous pouvons considérer cette maladie comme une des causes curables de stérilité. S'il n'y a pas introduction complète du pénis, il n'y aura pas de conception, même quand il n'y a pas de vaginite; cependant nous ne pouvons pas établir le fait comme une règle absolue. J'ai vu moi-même trois cas de grossesse chez des femmes dont l'hymen n'avait pas été rompu : il n'y avait donc pas eu de pénétration complète.

§ III. — Diagnostic.

Le diagnostic est quelquefois difficile : on peut soupçonner la maladie quand l'orifice du vagin est petit et rigide, quand la vulve est rouge et que la malade se plaint des symptômes que nous avons décrits : un examen direct fournira ensuite toutes les données dont on a besoin pour s'éclairer.

§ IV. — Traitement.

Le traitement doit avoir deux buts : 1° la guérison de la lésion concomitante; 2° la cure du rétrécissement, qu'il soit spasmodique ou non.

En premier lieu, il faut prescrire une grande modération dans les rapports sexuels, et dans les cas graves les proscrire formellement.

Dans les cas de vaginite, je me suis trouvé très-bien des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent, dont je variais la force depuis 25 centigrammes jusqu'à 2 grammes pour 30 grammes d'eau; je fais ces cautérisations deux ou trois fois par semaine, avec un pinceau et un petit spéculum, après avoir d'abord bien essuyé la membrane muqueuse avec un linge très-sec. Les jours où je ne cautérise pas, je prescris des injections simples deux fois le jour avec de l'eau froide ou une faible solution de sulfate de zinc. S'il y a de la constipation, quelques purgatifs salins, comme un peu de sel de nitre, seront le meilleur moyen à employer.

[[Il est un médicament qu'on ne devra pas négliger d'employer et qui paraît dans certains cas avoir rendu de véritables services; je veux parler du bromure de potassium. M. Raciborski (1) préconise ce médicament, mais il faut bien reconnaître qu'il ne guérit pas les lésions qui sont le point de départ du vaginisme, et qui réclament un traitement particulier.

Le bromure de potassium agit comme sédatif général du système nerveux, en produisant un certain degré d'anémie de la moelle, il diminue

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868.

dès lors son pouvoir réflexe excito-moteur; de plus, comme il tend à détruire la sensibilité de la peau et des muqueuses, il pourra faire disparaître le point de départ de l'action réflexe.]]

Le deuxième point est de détruire la rigidité, ou cette disposition au spasme, afin qu'il n'y ait plus d'obstacle aux rapprochements sexuels. On comprend que, dans bien des cas où les rapports sexuels sont impossibles, on peut cependant introduire un spéculum ou un dilatateur. Du reste, pourvu que le but soit atteint et que l'on cause aussi peu de douleur que possible, peu importe le moyen qu'on emploie. Marion Sims fait usage d'un dilatateur conique, de métal ou de cristal, que l'on devra garder deux heures de suite et deux fois par jour. Le spéculum bivalve de Coxeter ferait encore très-bien l'affaire. On augmente imperceptiblement la dilatation avec un tour de vis.

Les dilatateurs dont je me sers sont des espèces de bougies de verre, arrondies et légèrement coniques à une extrémité, et d'une longueur d'à peu près 18 centimètres. Il faut en avoir plusieurs d'un volume différent, depuis 1/2 centimètre jusqu'à 6 centimètres de diamètre. Je commence toujours par les plus petites bougies, de manière à ne causer ni douleur ni spasme, et je les introduis chauffées et huilées, après avoir touché avec la solution caustique. Après avoir introduit la première dans le vagin pendant quelques minutes, on la retire pour en introduire une plus grosse, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la dilatation paraisse suffisante pour un jour: on laisse alors la dernière pendant cinq ou dix minutes. On répète ce procédé deux, trois ou quatre fois dans la même semaine, et l'on trouve à la fin que la résistance est moins grande. On recommence chaque semaine, avec un dilatateur plus fort, et l'on finit toujours par une bougie plus forte que dans la séance précédente, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la fin à passer d'emblée et sans douleur la bougie la plus forte; pendant ce temps, la vaginite s'est peu à peu guérie.

Ce procédé peut paraître un peu lent; mais j'ai constaté qu'il donnait des résultats plus satisfaisants que les procédés plus rapides. On arrive ainsi très-sûrement à une dilatation suffisante.

Dans les divers cas que j'ai eu à observer, je n'ai jamais vu qu'il y eût à faire intervenir la chirurgie: il peut cependant se présenter des cas où cette intervention soit nécessaire. Michon et Debout conseillent de faire des incisions ordinairement peu profondes sur la membrane muqueuse. Marion Sims va beaucoup plus loin. Il prescrit d'enlever entièrement l'hymen, et quand les surfaces sont guéries, de placer les malades, complétement chloroformisées, sur le dos, dans la position de la taille: il introduit dans le vagin l'index et le médius de la main gauche, les écarte latéralement, de manière à dilater complétement le vagin et à tendre la fourchette; puis, avec un scalpel ordinaire, il fait, dans le tissu vaginal, à droite, une incision profonde de haut en bas, jusqu'au raphé périnéal. Il introduit de nouveau le bistouri et fait une section semblable, toujours

de haut en bas, sur l'autre côté. Chaque section a une étendue verticale de 6 centimètres et s'arrête à 1 centimètre 1/2 au plus au-dessus du bord du sphincter. Naturellement la profondeur de ces sections est variable suivant les sujets, suivant le développement des tissus. Pour achever la guérison, il faut que les malades conservent pendant quelque temps une bougie ou un dilatateur. Sims se sert habituellement d'un dilatateur de cristal, quelquefois d'un dilatateur de métal. Si l'hémorrhagie est abondante, il introduit tout de suite le dilatateur. Autrement, il attend vingt-quatre heures, et le laisse en place deux, trois ou quatre heures.

CHAPITRE III

VAGINITE, LEUCORRHÉE VAGINALE (1).

L'inflammation de la membrane muqueuse du vagin, ou la leucorrhée vaginale, constitue une des affections les plus fréquentes chez les femmes, et, pour diverses raisons, une affection très-ennuyeuse.

La vaginite, surtout la vaginite chronique, a été l'objet des recherches les plus minutieuses de la part de Tyler Smith. Il a d'abord établi avec soin l'ancienne distinction de la leucorrhée vaginale et de la leucorrhée utérine, et par des recherches microscopiques, il a élucidé divers points qui avaient d'abord été étudiés pratiquement.

La maladie peut être *aiguë* ou *chronique*, et, suivant la forme, les symptômes seront variables. Nous étudierons séparément ces formes diverses.

ARTICLE PREMIER

LEUCORRHÉE VAGINALE AIGUE, OU VAGINITE AIGUE.

Cette forme est de beaucoup la plus fréquente, mais aussi la plus douloureuse. Elle se présente rarement chez les personnes non mariées, ou chez des femmes âgées. Les exemples que j'ai observés m'ont été surtout fournis par des femmes nouvellement mariées ou à la suite de l'impression du froid.

§ I. — Causes.

Les causes principales sont le froid, des violences, comme dans le viol, des rapports sexuels trop fréquents, le coït pratiqué trop tôt après un accouchement, une nourriture trop substantielle, ou l'extension d'une

(1) Bureaud, *Essai sur la leucorrhée*. Paris, 1834. — Robert, *Mémoire sur l'inflammation des folticules nerveux du vagin* (*Archives de médecine*, août 1841). — Deville, *Vaginite granuleuse* (*Archives de médecine*, 1844, p. 7 et 8). — Oldham, *Follicular affection of vagina* (*Lancet*, mai 1846). — Boys de Loury et Costilhes, *Gazette médicale*, août 1847. — Mandl, Kölliker, — Scanzoni, *Traité des maladies des organes génitaux sexuels*, trad. par Dor et Socin. Paris, 1858.

inflammation de la vulve au vagin. Les habitudes de la malade, les conditions générales de son existence, favoriseront plus ou moins l'une ou l'autre de ces causes.

[[Je dois encore citer le contact du pus blennorrhagique, d'où la distinction en vaginite simple et vaginite blennorrhagique. Cette distinction est admise par MM. Courty, Nonat, West et Alp. Guérin. La première résulterait des causes précédemment énumérées par l'auteur, tandis que la seconde serait toujours le résultat d'un coït impur.]]

§ II. — Symptômes.

La malade éprouve d'abord une sensation de chaleur, de cuisson, de plénitude dans le vagin, suivant le degré d'inflammation ; quelquefois elle éprouve en même temps de violentes démangeaisons dans les parties extérieures. Avec le temps, les symptômes augmentent : elle ressent de la douleur, une pesanteur dans les parties, de la roideur et de la tension, comme si la membraue muqueuse du vagin était tuméfiée. Si l'inflammation est très-prononcée, la pesanteur augmente, la douleur s'étend jusque dans les cuisses et peut se ressentir, par action réflexe, jusque dans la vessie. Très-souvent les symptômes seront tels qu'on soupçonnerait d'abord une sérieuse affection de l'utérus. Au début, il n'y a pas du tout d'écoulement ; puis, pendant un jour ou deux la malade remarque la présence d'un liquide plus ou moins abondant, clair, incolore, acide, parfois âcre, lequel, en peu de temps, devient blanchâtre, puis verdâtre ou jaunâtre, d'une consistance plus épaisse ; et ensuite aucun changement ne se produit jusqu'à ce que l'inflammation diminue d'intensité.

Tyler Smith a démontré que cet écoulement est formé par des écailles épithéliales au milieu d'un plasma acide. La couleur blanchâtre ou crémeuse peut être due, soit à la présence d'une grande quantité d'écailles épithéliales, soit à la sécrétion alcaline qui se fait par le col utérin réagissant sur la sécrétion vaginale acide. Quand l'inflammation a duré quelque temps avec une certaine intensité, on trouve un mélange de globules de pus avec des débris d'épithélium. La douleur locale devient beaucoup moins vive quand l'écoulement est franchement établi.

Si l'on peut examiner les parties au début de la maladie, on trouve le calibre du vagin notablement diminué, et la membrane muqueuse tuméfiée et boursouflée. La chaleur et la tension sont considérables ; mais, ni avec le doigt ni au spéculum, on ne trouve de solution de continuité à la surface de la muqueuse. Marc d'Espine (1) a examiné cent cas de vaginite, et les principales altérations portaient sur la coloration des tissus : tantôt la membrane était pâle, tantôt elle était rosée, d'autres fois uniformément rouge, d'autres fois encore tachetée et parsemée de points rougeâtres.

(1) Marc Despine, *Archives générales de médecine*, février 1836.

[[Il est une variété de vaginite dont l'auteur ne fait pas une mention spéciale, mais qu'il avait cependant entrevue, puisqu'il nous dit plus haut que la membrane muqueuse est quelquefois rose, d'autres fois uniformément rouge, d'autres fois encore, tachetée et parsemée de points rougeâtres, cette variété diffère notablement de la précédente au point de vue symptomatologique. — Cette variété est décrite par Ricord, Blatin et Deville sous les noms de vaginite *papuleuse*, *glanduleuse* ou *granuleuse*.

La vaginite *granuleuse* est caractérisée par des corpuscules rouges hémisphériques, du volume d'un grain de millet ou un peu plus grands, confluents, occupant toute la surface du vagin et même le col, et produisant un écoulement purulent très-abondant.

M. West dit (1), à ce sujet, que la maladie se rattache étroitement à l'état de grossesse et qu'on ne la rencontre que très-rarement chez les femmes qui depuis peu n'ont pas eu d'enfants. — Je trouve, dans son livre sur les maladies des femmes, le passage suivant que je reproduis textuellement.

« On avait admis que ces corpuscules étaient constitués par les follicules hypertrophiés de la membrane muqueuse, mais les recherches des micrographes et spécialement celles de M. Mandl ont démontré que le vagin est singulièrement dépourvu de follicules muqueux, et que ces corpuscules ne sont autre chose que des papilles hypertrophiées. Cette découverte, en expliquant la coincidence de la grossesse et de la vaginite granuleuse, enlève à l'affection ce qu'elle paraissait avoir de spécial. Ce n'est qu'une vaginite compliquée d'une hypertrophie des papilles vaginales. C'est une condition physiologique de la grossesse et un état qui peut suivre ou accompagner des inflammations, des irritations ou des écoulements de longue durée. »]]

Sur les 100 cas examinés, les variétés d'écoulement étaient les suivantes :

	Membrane muqueuse pâle.	Membrane muqueuse rose.	Membrane muqueuse rouge.	Muqueuse tachetée.
Sans écoulement	24	12	0	0
Avec écoulement crémeux	11	10	8	6
Avec écoulement comme du fromage	1	2	0	0
Avec écoulement de pus	5	5	7	6
	41	29	15	12

Dans la plupart des cas que j'ai examinés, les changements de coloration étaient des plus remarquables, depuis la teinte violacée jusqu'à un rouge foncé, presque pourpre : tantôt cette dernière teinte était répandue partout, tantôt elle n'était que par places; quelquefois elle se voyait depuis la vulve jusqu'à la partie la plus profonde du vagin, et comprenait même le col utérin ; d'autres fois elle occupait seulement une moitié du vagin, soit la paroi supérieure, soit l'inférieure. Il y a toujours une sensibilité

(1) West, *Leçons sur les maladies des femmes*, traduct. française, 1870.

très-grande dans ces parties, quand du moins la paroi inférieure est enflammée, et alors l'introduction du spéculum est très-douloureuse. Au toucher, on sent de la chaleur et du boursouflement. Quelquefois on trouve des papules, des vésicules ou des pustules sur toute la surface du vagin; parfois elles sont seulement sur le col utérin. Les grandes lèvres sont, dans certains cas, tuméfiées, et même les ganglions de l'aine peuvent être hypertrophiés. A une période avancée de la maladie, la tuméfaction de la muqueuse diminue, ainsi que la chaleur et la douleur. A cette période, le symptôme le plus saillant est un écoulement acide très-abondant.

Si la maladie est légère et seulement passagère, il n'y a pas de symptômes constitutionnels ; mais si elle est grave, la malade éprouve des frissons, un affaissement et une langueur générales, des douleurs dans le dos et autour des reins, des maux de tête, de la soif; le pouls est rapide et la langue chargée. Les symptômes généraux, aussi bien que les accidents locaux, diminuent dès que l'écoulement est franchement établi.

§ III. — Terminaisons.

Dans quelques cas, quand la maladie est tout de suite combattue par des moyens bien dirigés, elle se termine par résolution, ce qu'annonce, du reste, la diminution parallèle de tous les symptômes. La durée peut varier depuis quelques jours jusqu'à un mois. Mais le plus souvent les douleurs locales diminuent, les symptômes généraux s'affaissent, l'écoulement seul persiste, et peu à peu la maladie tourne à l'état chronique.

§ IV. — Diagnostic.

Le diagnostic entre cette affection et la gonorrhée est, de l'avis des auteurs les plus compétents, extrêmement difficile à établir. Sir Clarke considère le diagnostic comme impossible, et cela est vrai dans beaucoup de cas.

[[M. Alphonse Guérin (1) a fait, au point de vue de ce diagnostic, une remarque qui a une grande importance et qu'il considère comme ne souffrant presque jamais d'exception. Il admet que si la vaginite coexiste avec une uréthrite, la maladie est certainement d'origine blennorhagique ; tandis que si la vaginite se rencontre sans uréthrite, il y a de grandes probabilités pour que la maladie soit simple.

M. Courty admet cette proposition comme vraie, mais il n'est cependant pas aussi affirmatif que M. Alphonse Guérin.]]

Ceux qui pensent avec Ricord (2) que, dans les écoulements spécifiques, il y a toujours sur le col de petites érosions, résoudront toute difficulté

(1) Alph. Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, 1864.

(2) Ricord, *Mémoire sur quelques faits observés à l'hôpital des vénériens* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1833, t. II).

avec le spéculum ; mais, à mon avis, l'existence constante de ces érosions n'est rien moins que prouvée, et je confesse donc que les symptômes locaux seuls sont impuissants à décider la question. L'écoulement par l'urèthre, quoiqu'il existe aussi, est beaucoup moins fréquent dans la leucorrhée que dans la gonorrhée. Sur deux cents cas de gonorrhée, Ricord établit que huit fois sur douze l'urèthre était enflammé.

[[Donné (1) a admis que la présence de l'infusoire monadien qu'il a appelé *Trichomonas vaginale* (fig. 54), devait distinguer la leucorrhée blennorrhagique de la leucorrhée simple, mais on a admis depuis (2) que cet infusoire prend naissance toutes les fois que le mucus séjourne dans le vagin pendant un certain temps ; ce qui enlève à la présence de cet infusoire l'importance diagnostique que Donné lui avait attribuée. M. Robin a encore signalé dans la vaginite qu'elle soit inflammatoire ou gonorrhéique, la présence de cryptogames qu'il a désignés sous le nom de *Leptotrix*, et qui se présentent sous forme de filaments courts et plus ou moins nombreux, soit rectilignes soit coudés.]]

Fig. 54. — Trichomonas du vagin, d'après Donné.

Les ganglions de l'aine sont aussi beaucoup plus souvent enflammés dans la gonorrhée. Enfin, le caractère moral des malades vient en aide au médecin, *jusqu'à un certain point*, pour se faire une opinion.

Quant à la leucorrhée utérine aiguë, pour la distinguer de la vaginite il suffit d'examiner le col et le vagin.

[Les Allemands et Ch. Robin ont ajouté un nouveau caractère aux symptômes qui distinguaient la leucorrhée vaginale de la leucorrhée utérine. Ils ont noté que, dans la vaginite, l'écoulement avait une réaction acide, tandis que, dans la leucorrhée utérine, il était alcalin.]

§ V. — Traitement.

Si la malade est d'une constitution pléthorique et que l'inflammation soit intense, il faut tirer du bras une certaine quantité de sang ou faire appliquer des sangsues à la vulve et prescrire ensuite des fomentations émollientes ; mais je dois dire que je n'ai jamais trouvé que la saignée fût indispensable, et que j'ai bien rarement fait usage des sangsues.

Je touche les parties avec une solution de nitrate d'argent, depuis 10 grammes jusqu'à 30 grammes pour 100 d'eau, commençant par la solution faible quand l'inflammation est intense ; je répète cette cautérisation deux

(1) Donné, *Cours de microscopie*, 1844, p. 157 et suivantes.
(2) Robin, *Leçons sur les humeurs*, 1867, p. 487.

ou trois fois par semaine ; je prescris des injections avec de l'eau froide, ou tiède, ou bien avec une décoction de camomille ou de pavots, deux fois par jour, les jours où je ne cautérise pas. Plus tard, j'ajoute à ces injections quelques grammes d'acétate de plomb ou de sulfate de zinc. Un bain tiède est parfois un puissant moyen pour diminuer l'inflammation. Dans quelques cas, j'ai employé avec succès de petites doses de tartre stibié.

La malade devra être maintenue couchée aussi longtemps que possible, et des purgatifs salins administrés aussi souvent que cela sera nécessaire. L'alimentation sera très-modérée. Dans la plupart des cas, l'application de ces divers moyens, faite de bonne heure et avec soin, suffit pour guérir la maladie ; sinon elle prendra probablement la forme chronique que nous allons maintenant étudier.

ARTICLE II

LEUCORRHÉE VAGINALE CHRONIQUE, OU VAGINITE CHRONIQUE.

Cette maladie est une de celles auxquelles les femmes sont les plus exposées, et il y a peu de femmes qui n'en soient atteintes à un moment quelconque de leur existence. On ne peut s'en étonner quand on considère à combien de causes d'irritation locale le vagin est exposé, sans compter les causes générales, internes ou externes, de maladies qui agissent sur le vagin comme sur toutes les autres membranes muqueuses. La période de la vie pendant laquelle les femmes sont le plus exposées à la vaginite chronique, est, ainsi qu'on pouvait s'y attendre, depuis l'établissement de la menstruation jusqu'à l'époque de la ménopause. Quelquefois encore, mais rarement, elle peut se produire avant l'apparition des règles et aussi bien après leur cessation. Tenant compte de l'état général des malades, on attribue souvent cette affection au relâchement et à la faiblesse des parties. Et cependant si l'on examine les faits avec soin, et si l'on remonte à l'historique, on en arrive à cette conclusion que la vaginite chronique est un degré inférieur d'inflammation avec un excès de sécrétion. On peut même admettre que la forme chronique de la leucorrhée est toujours la suite de la forme aiguë, alors même que, par son peu d'intensité et son peu de durée, cette forme aiguë a passé inaperçue. Sir Clarke (1) a décrit une forme d'écoulement muqueux très-abondant, qu'il considère comme indépendant d'un accroissement de sécrétion, et qu'il rapporte à une pléthore produite sous l'influence d'une vie trop indolente. L'utérus, sympathisant avec la pléthore générale, sécrète en quantité inaccoutumée et le mucus et les règles.

§ I. — Causes.

Elles sont ou locales ou générales. Parmi les causes locales, il faut

(1) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 301.

compter le coït incomplétement accompli ou trop souvent répété, des accouchements fréquents, l'irritation produite par la présence d'un corps étranger dans le vagin, comme un pessaire, ou dans les organes voisins, le rectum, etc., les déplacements de l'utérus, les hypertrophies du col. Comme causes générales, il faut compter le froid, principalement au printemps et à l'automne, les alternatives de température humide ou sèche, l'abus du vin ou des spiritueux, un tempérament lymphatique, des troubles sympathiques et divers dérangements dans la santé générale, etc.

§ II. — Symptômes.

La malade accuse un écoulement incolore ou blanchâtre, variable comme quantité, d'une réaction acide, mais généralement sans action sur les parties environnantes. Dans quelques cas, j'ai vu cet écoulement être d'une coloration brune, très-âcre, et excorier les lèvres de la vulve (1). Il y a peu d'accroissement de chaleur, la douleur et la sensibilité sont rares. Je ne sache pas que les ganglions inguinaux soient jamais affectés. Si l'écoulement est très-abondant, il en résulte une très-grande faiblesse. Il y a généralement quelques douleurs dans le dos et dans les reins, et quand l'écoulement a persisté de la sorte pendant longtemps, des symptômes dyspeptiques apparaissent. A l'examen au spéculum avec une vive lumière, on trouvera généralement la coloration de la membrane muqueuse très-prononcée, généralement par places, quelquefois compliquée d'une éruption herpétique. J'ai vu aussi un grand nombre de cas dans lesquels l'inflammation était bornée à la moitié supérieure du vagin ; dans ces cas, on peut trouver la membrane fortement congestionnée, d'une coloration rouge ou pourprée, quelquefois sécrétant un écoulement très-liquide ; dans d'autres cas, une lymphe épaisse et coagulée. L'examen avec le doigt ne cause pas de douleur, mais n'éclaire pas le diagnostic.

Parmi les symptômes ou les conséquences de la leucorrhée, un auteur moderne (2) a cité le trouble des fonctions menstruelles, le retour trop fréquent des règles, qu'il ne sait à quoi rapporter. Cet embarras vient de ce que cet auteur a rejeté la distinction entre la leucorrhée vaginale et la leucorrhée utérine ; s'il ne l'eût pas fait, il aurait vu que c'est seulement quand l'utérus est enflammé que l'on rencontre les symptômes dont il parle, et d'autres encore (3).

Une question a été débattue, à savoir, si la leucorrhée non vénérienne (qu'elle soit d'ailleurs utérine ou vaginale) peut donner lieu à la gonorrhée et à l'inflammation chez l'homme. Les opinions les plus contradictoires ont été soutenues sur ce point. John Hunter a observé que, pour produire de l'inflammation sur l'homme, il fallait un écoulement gonor-

(1) A. E. Siebold's *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1821, vol. I, p. 579.

(2) Beck, *London Journal of Medicine*, août 1852, p. 716.

(3) *Lancet*, 9 juillet 1836, vol. II, p. 492.

rhéique ; la leucorrhée inflammatoire ne produit pas d'inflammation chez l'homme. D'autres auteurs ont prétendu le contraire, et la question n'est pas facile à résoudre. Il semble du moins que l'écoulement leucorrhéique puisse produire une grande irritation sur la membrane de l'urèthre de l'homme. J'ai vu trois cas d'écoulement urèthral chez des hommes qui affirmaient positivement n'avoir jamais eu de rapports depuis plusieurs années avec d'autres femmes que leurs femmes légitimes. Les femmes repoussaient énergiquement toute accusation d'inconduite, et en réalité ne présentaient aucun symptôme de blennorrhagie. Eagle a rapporté plusieurs cas d'ulcérations du pénis développées à la suite de rapports avec des femmes qui n'avaient que de la leucorrhée. Je puis citer un de ces faits.

Observation. — M. X. marié, âgé de trente-cinq ans, d'une conduite très-rangée, est très-souvent atteint de petites ulcérations indolentes sur le prépuce : ces ulcérations sont toujours très-longues à guérir, et ne disparaissent qu'après l'emploi des mercuriaux. La femme est, en apparence, d'une bonne santé, mais elle a des pertes blanches (1).

On a rapporté un grand nombre de faits semblables : quelques-uns montrent clairement que les ulcérations du pénis peuvent être la suite de rapprochements sexuels pendant la période de menstruation. Les conclusions de Eagle sont : 1° qu'une femme parfaitement honnête, mais atteinte de leucorrhée, peut très-bien donner à son mari la gonorrhée et des ulcérations ; 2° que, comme plus la cause est puissante, plus l'effet est grand, il s'ensuit, 3° et c'est la conséquence principale, qu'un simple écoulement leucorrhéique existant chez une femme, pourrait, sous l'influence combinée et continue de la boisson et des actes vénériens, donner naissance à une véritable blennorrhagie vénérienne et à de véritables chancres. Les conséquences de Eagle, basées sur la véracité des malades, sont assurément exagérées : chacun peut avoir intérêt à déguiser la vérité. Pour ma part, je ne puis dire si la leucorrhée vaginale ou utérine est susceptible de produire une aussi grande irritation dans les organes mâles.

[[Nous ferons remarquer que dans l'état actuel de la science, il est impossible d'admettre qu'une simple leucorrhée puisse ainsi donner naissance à des ulcérations syphilitiques. Il est évident que dans les cas rapportés par l'auteur, il existait chez les femmes des accidents syphilitiques qui ont été méconnus.]]

§ III. — Diagnostic.

L'examen de l'écoulement au microscope montrera seulement des débris ou des écailles d'épithélium : le caractère acide de cette vaginite,

(1) Eagle, *Lancet*, juillet 1836, vol. II, p. 492.

l'absence d'écoulement par l'utérus, ce dont on s'assure avec le spéculum, sont les caractères les plus frappants de cette maladie. Le diagnostic différentiel doit se faire : 1° avec la *blennorrhagie à l'état aigu :* il y a moins d'irritation locale, l'écoulement est incolore ou blanchâtre ; il n'y a point ces douleurs vives de la blennorrhagie au moment de l'émission de l'urine, et enfin il n'y a pas d'écoulement par l'urèthre;

2° Avec la *leucorrhée utérine :* l'écoulement est indépendant de l'irritation utérine, il n'augmente pas avant ou après chaque période menstruelle, et enfin la constitution générale est moins altérée.

§ IV. — Traitement.

Je ne crois pas que le traitement antiphlogistique soit jamais nécessaire. Si la malade est faible, cachectique, il faut lui administrer des toniques, soit végétaux, soit minéraux. L'opium à petites doses a été préconisé à cause de sa propriété de diminuer les sécrétions. On a beaucoup vanté le baume de copahu, et dans beaucoup de cas je l'ai trouvé, en effet, très-utile. Cless (de Copenhague), et d'autres ont prescrit le cubèbe et s'en sont bien trouvés.

[[L'administration du copahu et du cubèbe est complétement rejetée en France. A ce propos M. Alph. Guérin affirme que ce sont des médicaments qui n'ont pas la moindre action sur la vaginite (1).]]

La teinture de cantharides a été vantée par Dewes (2), et bien d'autres remèdes par divers médecins. Si la constitution est délicate, il faudra en tenir grand compte pour guérir la leucorrhée. Dans ce but, on prescrira des toniques végétaux ou minéraux et un régime alimentaire très-fortifiant. Dans la leucorrhée par débilité constitutionnelle ou trouble de la santé générale, Charles Locock observe qu'il faut avoir recours aux moyens reconstituants habituels. Il faut prescrire les toniques de toute espèce ; mais ceux qui seront combinés avec des acides minéraux seront les plus utiles. Des végétaux amers, du sulfate de quinine, au besoin même de l'écorce de quinquina, peuvent être administrés trois fois par jour, combinés avec 10 ou 20 gouttes d'acide sulfurique dilué, ou une double quantité d'elixir vitriolique.

Mais les moyens les plus efficaces sont encore les applications locales que l'on fait à l'aide du spéculum, ou les injections astringentes que l'on injecte dans le vagin avec une seringue ou une poche de caoutchouc. Parmi ces solutions, celles qui m'ont paru les plus utiles sont la décoction d'écorces de chêne avec ou sans alun ; les solutions d'alun, 4 grammes pour 200 grammes d'eau ; de sulfate de zinc, 4 grammes pour 100 grammes d'eau, ou de nitrate d'argent, de 50 centigrammes à 2 grammes dans 100 grammes d'eau. Ces proportions sont celles que j'emploie ordinairement,

(1) Alph, Guérin, *Mal. des organes génitaux externes de la femme*, 1864.
(2) Dewes, *Diseases of women*, p. 78.

mais elles demandent à être modifiées suivant les cas. L'injection doit être administrée lentement, et la malade étant couchée ; elle est rarement douloureuse, et le plus ordinairement elle diminue tout de suite la quantité de l'écoulement; il faut faire deux injections par jour et augmenter graduellement la force de l'injection, quand la maladie dure longtemps. On peut donner d'abord les deux ou trois premières injections tièdes et les faire ensuite à froid. Huston (de Philadelphie) vante beaucoup une injection d'huile de térébenthine suspendue dans un mucilage de graine de lin ou d'orme : on renouvelle cette injection deux ou trois fois par jour. L'écoulement vaginal étant acide, j'ai fait usage d'injections alcalines, et je me suis trouvé très-bien d'une solution de carbonate de soude ou de potasse.

Si, avec les injections, on n'arrive pas très-vite à diminuer l'écoulement, il sera préférable de faire usage d'une forte solution de nitrate d'argent, avec laquelle on touche la membrane muqueuse vaginale au moyen du spéculum. S'il n'y a pas de rougeur, je me suis trouvé bien de faire usage, en pareil cas, de la teinture de benjoin composée.

Un bain de pluie froid ou la douche sur les reins est encore fort utile. La malade fera ensuite de l'exercice au grand air, sans cependant se fatiguer. Le régime alimentaire sera réglé rigoureusement; il a une grande influence sur la guérison.

Il arrive quelquefois qu'après une guérison apparente, on voit se produire un écoulement de mucus plus abondant que jamais, et cet écoulement persiste longtemps.

John Hunter appelait ce symptôme une *leucorrhée d'habitude*, et cette dénomination, correcte ou non, a été maintenue. Pour faire cesser cet écoulement, il faudra augmenter la force des injections, les renouveler plus souvent ou enfin en modifier la composition. En pareil cas, j'ai retiré un grand bénéfice des injections d'eau froide, renouvelées chaque jour pendant plusieurs semaines de suite.

Jewel a signalé la possibilité d'une métastase sur les articulations, quand l'écoulement se suspendait brusquement. En pareil cas, le rhumatisme articulaire sera probablement guéri par la reproduction de la maladie primitive.

La leucorrhée vaginale se complique souvent de leucorrhée utérine, et alors on rencontre les symptômes particuliers à chacune de ces deux affections. Il m'a paru préférable de traiter d'abord les désordres utérins, et, quand la matrice est guérie, d'entreprendre la cure de la leucorrhée vaginale.

La conséquence d'une leucorrhée vaginale longtemps très-persistante est, dit-on, le relâchement des parois du vagin, ce qui favorise ensuite la production des chutes de matrice. Je n'ai jamais rencontré aucun fait qui vienne à l'appui de cette théorie : elle n'est même pas d'accord avec le mécanisme suivant lequel se produit le polapsus utérin. D'ailleurs, en

admettant qu'il en soit ainsi, on pourra toujours prévenir cette complication en faisant usage, avec persévérance, d'injections froides astringentes. On dit encore que la leucorrhée peut causer l'ophthalmie purulente chez l'enfant, le pus étant en contact avec les yeux de l'enfant au moment du passage de la tête dans le vagin ; il peut en être ainsi, mais je n'ai jamais rencontré de cas semblable (1).

CHAPITRE IV

ÉPAISSISSEMENT DU TISSU CELLULAIRE QUI ENTOURE L'URÈTHRE. — ÉTAT VARIQUEUX DES VAISSEAUX.

Cette maladie a été décrite pour la première fois par sir C. M. Clarke (2); mais assurément tous ceux qui font des accouchements doivent en avoir rencontré un grand nombre. Cette affection est rare, si même elle existe jamais, chez les femmes jeunes ou non mariées. Elle se présente ordinairement chez celles qui ont eu plusieurs enfants. En réalité, après plusieurs accouchements, il existe toujours chez les femmes une hypertrophie de cette région, même quand ce n'est pas poussé au point de constituer la maladie que nous étudions. Cette affection paraît consister essentiellement dans un état de dilatation des vaisseaux et une hypertrophie du tissu cellulaire.

§ I. — Symptômes.

Une sensation constante de malaise ou même de douleur pendant le coït, bien qu'il n'y ait point diminution des appétits sexuels, est généralement le premier symptôme qui attire l'attention. La malade accuse un sentiment de plénitude et de pesanteur à l'orifice du vagin, quand elle est debout; elle éprouve fréquemment le besoin d'uriner : en effet, par suite de la dilatation d'une portion de l'urèthre, il se forme une petite poche dans laquelle quelques gouttes d'urine viennent se loger. Ce symptôme devient insupportable pour les malades, il trouble leur repos, et peut en arriver à détériorer la santé générale. Cette maladie s'accompagne toujours aussi d'un écoulement muqueux.

Si l'on renverse les lèvres et que l'on dise à la malade de pousser un peu en même temps, on découvre l'urèthre tuméfié, et en introduisant le doigt dans le vagin, on peut suivre ce canal jusqu'au point où il pénètre dans la vessie. La partie externe de l'urèthre est d'un rouge foncé et donne une sensation spongieuse; si l'on appuie dessus avec le doigt, la rougeur et la tuméfaction disparaissent, pour reparaître aussitôt qu'on cesse la pression. Il y a toujours un certain degré de sensibilité; l'introduction du cathéter permet de reconnaître la poche dont nous avons parlé.

(1) *Edinburgh medic. and surg. Journal*, t. III, p. 159.
(2) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 259.

§ II. — Diagnostic.

Le diagnostic s'établit par un examen attentif fait avec l'œil et avec le doigt.

§ III. — Traitement.

Le traitement consiste dans la ponction ou la scarification des vaisseaux, ou bien une application de sangsues à la suite des lotions froides. Toutes les applications chaudes m'ont paru faire plus de mal que de bien. Au bout de quelques jours, on peut faire usage de lotions astringentes au sulfate de zinc, alun, acétate de plomb, matico, écorce de chêne, etc.

Quand les ponctions sont guéries et que l'irritation est entièrement tombée, on peut comprimer les vaisseaux variqueux en introduisant soit une bougie de cire, soit un tampon de linge, que l'on fait peu à peu pénétrer dans le vagin. La scarification peut être renouvelée, si les vaisseaux se dilatent de nouveau.

Le régime alimentaire doit être modéré ; il faut entretenir la liberté du ventre.

La malade restera constamment au lit ou étendue sur un sopha.

CHAPITRE V

TUMEURS ENKYSTÉES DU VAGIN, POLYPES DU VAGIN.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS ENKYSTÉES DU VAGIN.

Je n'ai jamais rencontré aucune description de cette maladie. Je ne la crois pas très-commune. Je donnerai ici quelques détails sur l'un des exemples que j'ai vus.

Observation I.—Mlle X... était âgée de dix-huit ans. Quand je fus appelé auprès d'elle, ses parents soupçonnaient qu'elle devait avoir une chute de matrice. Cette jeune fille disait avoir senti passer dans le vagin un corps volumineux ; je trouvai la matrice dans sa position normale; mais quand la malade faisait un effort pour pousser, je sentais une tumeur molle, du volume d'une noix, logée dans la paroi antérieure du vagin, et qui tendait à faire saillie en avant. En introduisant un petit spéculum, je vis que cette tumeur était recouverte par la membrane muqueuse, qu'elle était demi-transparente et renfermait évidemment du liquide. Une sonde introduite dans la vessie me prouva que la tumeur était tout à fait indépendante de cet organe ; l'évacuation de l'urine ne diminuait pas le volume ni la tension de cette tumeur. J'introduisis alors un trocart explorateur, et je pus m'assurer que cette poche renfermait un liquide limpide, tout à fait semblable à de l'eau. Je fis alors une ouverture plus large pour vider entièrement cette poche. Trois ou quatre mois après,

elle s'était de nouveau remplie, sans donner lieu à aucune douleur ni même à aucun autre symptôme que la sensation de plénitude dans le vagin. Je la vidai une deuxième fois, et même une troisième. Depuis lors, cette tumeur ne s'est pas reproduite.

[[M. Alphonse Guérin (1) admet deux variétés de kystes du vagin, les uns, *superficiels* et peu volumineux, les autres *profonds* et susceptibles d'un accroissement considérable. — Ces deux variétés correspondent aux deux espèces de glandes qu'on rencontre dans la muqueuse vaginale. — Les premiers se développent dans les glandes munies d'un canal excréteur, et qui se rencontrent à la surface libre de la membrane muqueuse, les seconds dans les glandes closes placées en dehors du derme muqueux entre lui et le tissu érectile sous-jacent.

Les kystes superficiels se rencontrent dans la moitié antérieure du vagin et surtout en avant, où les glandes munies d'un canal excréteur sont surtout abondantes. Dans la moitié supérieure on rencontrera les kystes profonds, la où les glandes closes se rencontrent presque exclusivement.]]

Symptômes.

[[Les kystes superficiels ont un volume peu considérable; ils varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros grain de raisin, ils forment une petite poche membraneuse, ils sont transparents ou rouges, suivant qu'ils contiennent un liquide incolore ou sanguin.

Les kystes profonds, sont plus volumineux, du volume d'un œuf de pigeon ou de poule, plus ou moins pédiculés, ne se réduisent pas par la pression ; ils sont résistants et donnent au toucher une sensation semblable à celle que l'on éprouve en pressant une vessie pleine d'eau. — On devra les distinguer de la saillie formée par des matières fécales accumulées dans le rectum, de la cystocèle vésicale, des polypes du vagin. Une ponction exploratrice pourra être faite pour éclairer le diagnostic.]]

Traitement.

[[L'incision du sac et sa cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent suffisent pour amener la guérison des kystes superficiels. — Quant aux kystes profonds, M. Guérin fait l'incision de la membrane muqueuse, puis l'excision de la plus grande partie du kyste; il place ensuite entre les lèvres de l'incision un tampon de charpie, muni d'un fil qu'il laisse en place pendant deux ou trois jours jusqu'à ce que la suppuration soit établie, puis il fait des injections destinées à laver la plaie.]]

(1) Alph. Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, 1863, p. 429

ARTICLE II.

POLYPES DU VAGIN.

Je n'ai vu qu'un ou deux exemples de cette affection, et l'on en trouve très-peu dans les auteurs. L'observation suivante m'a été fournie par M. M'Clintock :

Observation I. — Une femme non mariée, âgée de trente ans, d'une bonne santé, fut admise à l'hôpital des femmes en couches au mois de juillet 1845. Dix mois auparavant, elle s'était aperçue d'une petite tumeur du vagin qui, depuis lors, s'était développée lentement, mais sans interruption. Jusqu'au mois de mai, c'est-à-dire deux mois avant son entrée, cette tumeur n'avait pas dépassé la vulve ; mais, dans les derniers temps, elle était devenue extérieure toutes les fois que la femme était debout. A l'examen, on voyait un

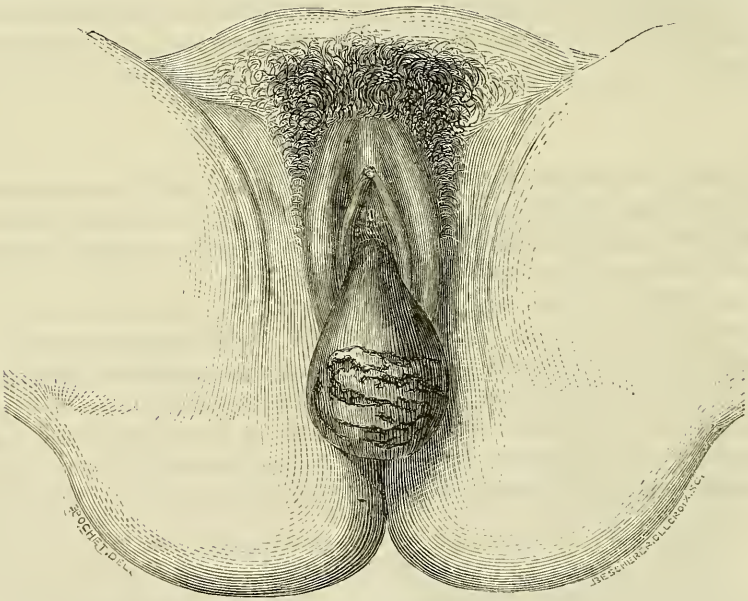


Fig. 55. — Polypes du vagin. (M'Clintock.)

corps saillant, volumineux, semblable, comme dimension et comme apparence, à la matrice. Cette tumeur s'étendait de la partie la plus reculée de la paroi antérieure du vagin jusqu'à quelques lignes du méat urinaire; elle était complétement indépendante de la vessie et de l'urèthre, elle présentait une structure très-résistante et n'était susceptible que de très-peu de déplacement; elle mesurait 6 centimètres en longueur et 12 en circonférence; du sommet à la base, l'épaisseur était à peu près la même. Entre la tumeur et le col utérin, la portion restante du vagin était saine : la membrane d'enveloppe de

cette tumeur ressemblait en tout au vagin, excepté toutefois à l'extrémité, où l'on apercevait de petites ulcérations superficielles. Du reste, la malade n'avait jamais éprouvé que de la gêne de cette tumeur, mais en réalité aucune douleur. Elle était réglée à époques très-régulières, et les fonctions de la vessie étaient normales.

Dès qu'on se fut bien assuré que la vessie n'était pour rien dans cette tumeur, il fut décidé qu'on l'enlèverait par la ligature. Johnson, chirurgien en chef de l'hôpital, et M'Clintock étranglèrent fortement cette tumeur à sa base avec un fil de soie, que l'on noua fortement au moyen de la canule de Levret. On eut soin seulement de bien dégager l'urèthre. Le troisième jour, on vit se produire un écoulement fétide, et l'on reconnut que la ligature avait creusé une rainure profonde tout autour de la tumeur. On resserra tous les jours le nœud. Le sixième jour, toute la tumeur était ulcérée : elle s'était fendue à droite transversalement, et une grande quantité de sang s'était écoulée pendant la nuit. Le pouls était rapide ; la malade était faible et abattue. Le onzième jour, la canule et la ligature furent retirées, et l'on enleva autant que possible de la tumeur. Chaque jour on en enleva une nouvelle partie, jusqu'à ce qu'il ne restât plus rien. L'usage des bains chauds, des soins de propreté minutieuse firent ensuite disparaître sur les lèvres les traces de tuméfaction et l'inflammation. Trois semaines après avoir retiré la ligature, on fit un examen minutieux des parties, et il fut impossible de découvrir aucun reste de la tumeur. Il y eut d'abord un peu d'incontinence d'urine ; mais chaque jour ce symptôme devint moins gênant, et au bout de quelques semaines il avait complétement cessé. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, cette femme fut de nouveau examinée ; elle continuait à être en parfait état et elle n'eut jamais de rechute.

Cette tumeur était très-ferme et très-résistante, à ce point qu'on la crut avec raison formée de tissu fibreux ou sarcomateux. Quand une fois la vitalité des tissus eut été détruite, elle ressemblait à un tendon mortifié, tant la structure fibreuse était accusée.

Observation II. — Une jeune femme, grande, d'une très-bonne santé, âgée de vingt-trois ans, étant au septième mois de sa grossesse, sentit tout à coup tomber quelque chose en dehors de la vulve; elle était en train de courir. Elle ressentit tout de suite de la gêne, de la douleur même, et elle fut obligée de consulter. On trouva une tumeur charnue, résistante, d'un rouge foncé, qui pendait en dehors de la vulve, mais était encore attachée à la paroi postérieure du vagin, vers le milieu de sa hauteur, au moyen d'un gros pédicule un peu mollasse. Cette tumeur était beaucoup plus volumineuse qu'un œuf de poule, ne saignait pas et n'était pas douloureuse au toucher. La malade affirma qu'elle avait jusqu'alors ignoré complétement l'existence de ce corps charnu. On le fit rentrer sans peine dans le vagin, et l'on vit qu'il se logeait facilement dans la poche ou dépression qui existe normalement sur ce point du vagin, mais qui était beaucoup plus large qu'à l'état normal. Cette réduction soulagea beaucoup la malade ; mais un nouveau prolapsus se produisit. On jugea qu'il fallait extirper ce polype aussi promptement que possible, vu l'état de grossesse avancé, et la malade fut admise dans une des salles de l'hôpital. Skeleton appliqua sur le pédicule une forte ligature.

Le quatrième jour, un écoulement fétide se produisit, et comme il ne res-

tait intact qu'une très-petite portion du pédicule, on la coupa avec des ciseaux, et la tumeur fut enlevée. La malade quitta l'hôpital quelques jours après : elle était complétement guérie. Au terme de sa grossesse, elle revint pour accoucher : tout se passa bien, et elle se rétablit très-vite.

Dans ce cas, il s'agit d'un vrai polype. De même que, dans le cas précédent, il n'y avait eu aucun symptôme fâcheux, mais simplement une gêne locale, qui tenait au volume et au déplacement de ce polype.

[[Ordinairement, la tumeur est pédiculée. Le point d'insertion de ce pédicule est variable ; tantôt il a lieu sur la paroi postérieure du vagin, tantôt sur la paroi antérieure, quelquefois le pédicule manque et l'insertion se fait par une base large de 2 ou 3 centimètres.

Ces polypes ne se révèlent qu'après un temps quelquefois très-long par une sensation de pesanteur au périnée ou par les envies fréquentes d'uriner ou d'aller à la garde-robe quand ils compriment la vessie ou le rectum.

On devra distinguer ces polypes du prolapsus utérin, de l'allongement hypertrophique du col, des polypes utérins, de la procidence de la muqueuse vaginale.

Le traitement consiste à enlever le polype, et c'est à l'écraseur linéaire que l'on devra alors avoir recours.]]

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DU VAGIN.

Ce déplacement, que l'on confond quelquefois avec le prolapsus utérin, est assez fréquent ; il est rare, si même il se rencontre jamais, chez les jeunes femmes et chez celles qui n'ont pas eu d'enfant.

Les conditions qui favorisent la production de cette infirmité sont le relâchement des parois et un prolapsus antérieur d'un autre organe (1).

Ce déplacement se présente sous trois formes : prolapsus de la paroi antérieure, de la paroi postérieure, et enfin de tout le vagin. Les deux premières formes coïncident toujours avec la chute d'un autre organe ; la dernière se présente isolément.

(1) Boudet, *Traitement de la chute du vagin et de la matrice*. Paris, 1828. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, XXVIe livraison in-folio, planche IV. — Chomel, *Gazette des hôpitaux*, 1848, n°s 11-35.

ARTICLE PREMIER

PROLAPSUS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN ET DE LA VESSIE, OU, COMME L'ON DIT GÉNÉRALEMENT, PROLAPSUS VÉSICAL, CYSTOCÈLE VAGINALE (1).

§ I. — Causes.

Le mécanisme par lequel cette descente se produit est facile à comprendre. Le vagin, ou, suivant l'opinion de Sieboldt, la membrane interne seule se relâche pour une cause quelconque, telle que les grossesses répétées, etc., et l'urine, venant à s'accumuler, distend la vessie, la pousse

Fig. 56. — Prolapsus du vagin. (Boivin et Dugès, *Atlas.*)

de haut en bas et la fait saillir dans le vagin, qui cède lui-même. Chaque fois que cette accumulation se produit, la vessie se distend à un haut degré, jusqu'à ce qu'il en résulte une chute complète et une saillie à travers les parties extérieures.

§ II. — Symptômes.

La malade accuse une sensation de pesanteur, de tension dans le vagin, un vide dans la partie inférieure de l'abdomen, un malaise et quelquefois

(1) Boudet, *Mémoire sur la cystocèle vaginale*, 1835. — Malgaigne, *Journal de chirurgie*, novembre 1843. — Forget, *Cystocèle vaginale* (*Bulletin thérapeutique*, janvier 1844).

de la difficulté dans la marche. Par suite de sa distension, la vessie a perdu en partie sa puissance de contractilité, et il en résulte de la dysurie. Quelques malades m'ont raconté qu'elles ne pouvaient obtenir une évacuation complète qu'en relevant la vessie et en la maintenant dans sa position normale. Golding Bird (1) a signalé une conséquence très-désagréable de ce déplacement. Comme la vessie ne se vide par ordinairement, la quantité d'urine qui reste dans cette poche se décompose, devient fétide, et renferme plus tard des mucosités filantes. Il y a une irritabilité très-grande de la vessie, un besoin continuel et douloureux d'uriner.

En examinant les parties, on voit une tumeur arrondie, molle, élastique, fluctuante, d'une coloration rouge ou violacée, changeant de volume par moment. Pour introduire une sonde, il faut la diriger de haut en bas. On fait pénétrer le doigt dans le vagin au-dessous de la tumeur ; immédiatement au-dessous de l'arcade du pubis, la membrane muqueuse se termine en un cul-de-sac et se réfléchit de cette arcade sur la tumeur. En arrière et au-dessus de cette saillie anormale, on peut arriver jusque sur le col utérin, qui est resté dans une position à peu près normale. La surface de la tumeur est lisse, humide et brillante ; mais quand la vessie est vidée, cette même surface est sillonnée par des plis transversaux. Il y a toujours une augmentation notable dans les pertes blanches.

§ III. — Diagnostic.

1° *Avec le prolapsus utérin.* — La tumeur est molle, globuleuse, donnant au doigt une sensation de fluctuation ; enfin, le doit peut passer au fond du vagin et découvrir le col à sa place ordinaire. Dans le prolapsus utérin, au contraire, la tumeur est ferme, résistante, piriforme, et l'ouverture du col de l'utérus se trouve à la partie inférieure de la tumeur.

2° *Avec le prolapsus de la paroi postérieure.* — La tumeur est plus molle, plus fluctuante, et le doigt passe dans le vagin en arrière de cette tumeur; au contraire, dans le prolapsus de la paroi postérieure, le doigt ne peut être introduit qu'en avant de la tumeur.

3° *Avec le renversement de l'utérus.* — La tumeur diminue au moment du cathétérisme; elle est molle, polie, fluctuante; au contraire, dans le renversement de la matrice, la tumeur est rude, résistante, et le doigt ne peut s'introduire dans le vagin ; il est arrêté par la réflexion de la membrane muqueuse.

§ IV. — Traitement.

Le premier point est d'empêcher toute accumulation d'urine dans la vessie, soit en favorisant les évacuations naturelles, soit en introduisant une sonde; cela seul diminuera d'abord le prolapsus et corrigera en partie

(1) G. Bird, *Medical Times and Gazette*, janvier 1853.

le relâchement des fibres. Des applications froides sur les parties extérieures, de l'eau froide additionnée d'un mélange astringent sur le bas-ventre, seront des moyens très-utiles, auxquels il faudra ajouter deux ou trois fois par jour des injections également froides et astringentes. Quand l'affection est récente, ce traitement seul et du repos suffiront quelquefois ; mais quand elle dure depuis longtemps, quand le prolapsus est complet, il faut en arriver à des supports mécaniques. On peut alors placer dans le vagin soit une bougie suffisamment épaisse, soit un tampon de linge, que l'on maintient en place par un bandage en T ; on peut encore distendre le vagin intérieurement, de manière à empêcher la saillie des organes environnants, et l'on atteint ce but soit avec un morceau d'éponge préparée, soit avec un pessaire de gomme élastique, de forme et de dimension appropriées. Les pessaires dont on se sert généralement dans les chutes de matrice ne sont d'aucun usage dans le cas de prolapsus vaginal. Leurs formes et leurs dimensions, qui sont appropriées à l'utérus, les rendent tout à fait inefficaces contre la seconde affection. Rognetta (de Milan) a décrit un pessaire qui lui a semblé remplir toutes les conditions. C'est un cylindre volumineux, de gomme élastique, d'une longueur suffisante pour maintenir tout le vagin distendu et pour faire une légère saillie en dehors de la vulve. Comme diamètre, il est assez large pour empêcher les parois vaginales de s'échapper sur les côtés.

Jules Cloquet (1) fait usage d'un pessaire semblable; ce pessaire est en caoutchouc. Sur une de ses faces, celle qui correspond à la paroi antérieure du vagin, il présente une saillie plus considérable qu'en arrière.

Si l'on trouvait quelque objection à faire à l'usage des éponges ou des pessaires, à cause de l'irritation qu'ils produisent quelquefois, ou bien si, après en avoir fait l'essai, on venait à échouer, on peut tenter la cure radicale de la maladie. Comme la plupart des femmes chez lesquelles ces maladies se présentent sont déjà d'un certain âge, il est à peu près superflu de supposer la possibilité d'une grossesse. Cependant si la femme était encore jeune, l'opération devra être mise de côté. Le passage d'un enfant pourrait amener la rupture de la cicatrice, et par suite une rechute très-grave.

L'opération consiste à enlever un lambeau triangulaire de la membrane muqueuse (en prenant pour base de ce triangle l'orifice du vagin) et à rapprocher les bords de la plaie au moyen de sutures. C'est la même opération que pour la cure radicale du prolapsus utérin. Par suite de ce procédé, le calibre du vagin se trouve diminué, et quand la cicatrisation est complète, la membrane muqueuse rétrécie fait un support à la vessie et la maintient en place. Un repos absolu et des injections vaginales froides, répétées deux ou trois fois par jour, seront prescrits pour empêcher le développement d'une inflammation. On pratiquera le cathétérisme aussi souvent

(1) J. Cloquet, *Dictionnaire de médecine*. en 21 volumes, t. XVI, p. 357. — Jego, thèse inaugurale. Paris, 1827, n° 1.

qu'il peut être nécessaire pour vider la vessie. Il sera à propos de maintenir les intestins dans un état d'inaction, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète : le moindre effort pourrait amener la déchirure de la cicatrice ; et quand, plus tard, il faudra faire aller à la garde-robe, on administrera un lavement.

Jobert, de Lamballe (1), a proposé un autre procédé :

« Je dessine sur la tumeur, au moyen du nitrate d'argent, deux lignes transversales, et, les attaquant à différentes reprises et à plusieurs jours d'intervalle avec le même caustique, j'arrive à détruire graduellement, et sans aucun accident inflammatoire, toute l'épaisseur correspondante de la paroi du vagin. Ceci fait, je ravive sans crainte avec le bistouri les bords de la surface cutanée attaquée d'abord par le caustique, et je laisse le fond intact; je puis alors facilement mettre en rapport les deux plaies saignantes, et les maintenir en contact au moyen de la suture entortillée. Pour réunir ces deux points opposés, il faut refouler en haut toute la portion intermédiaire aux deux lignes, et repousser la vessie dans la place qu'elle occupe habituellement. La paroi devient ainsi plus résistante et la tumeur diminue d'étendue.

« J'emploie, pour la réunion, des aiguilles dont les extrémités ont la forme de lance, et qui sont contenues dans des gaînes. Celles-ci maintiennent seules les fils, les aiguilles devant être enlevées une fois la suture pratiquée. La longueur et le nombre des aiguilles sont en rapport avec la longueur de la tumeur. J'enfonce les premières aiguilles vers les extrémités des lignes, puis les autres traversent le milieu de la perte de substance; je traverse d'avant en arrière la lèvre antérieure pour arriver, en franchissant l'espace intermédiaire, à la lèvre postérieure. Les fils jetés sur les extrémités des gaînes des aiguilles rapprochent les lèvres de la plaie, qui se trouvent ainsi mises facilement en contact. Les lances sont retirées des gaînes, qui demeurent seules en place. L'écoulement de sang est arrêté tout de suite par la suture.

« J'introduis dans la vessie une sonde de gomme élastique pour éviter les contractions de cet organe. On supprime la sonde du quinzième au vingtième jour.

« Lorsque la guérison est complète, il y a une diminution dans la longueur de la paroi sur laquelle on a agi, et l'utérus est nécessairement un peu attiré en bas. Cette paroi est, du reste, renforcée dans le point où la plicature existe, et l'on retrouve une cicatrice linéaire plus ou moins épaisse. Quelquefois l'agglutination ne se fait que dans un point de la longueur, et alors le résultat est complet, et l'on aperçoit un hiatus où la tumeur paraît. »

Trois fois Jobert a appliqué ce procédé avec succès.

Baker-Brown (2) enlève un lambeau longitudinal de la membrane muqueuse, rapproche les deux bords de la plaie par des sutures, répète la même opération sur la partie postérieure de l'orifice vaginal, et réunit les

(1) Jobert, *Traité de chirurgie plastique.* Paris, 1849, t. II, p. 243.
(2) Baker-Brown, *Surgical Diseases of women,* p. 74.

bords de la vulve sur ce point, comme dans les cas de déchirure du périnée. Il a plusieurs fois réussi complétement, et l'on peut dire que ce procédé s'adapte très-bien à certains cas.

ARTICLE II.

PROLAPSUS DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN ET DU RECTUM, OU RECTOCÈLE VAGINALE (1).

Le mécanisme suivant lequel ce déplacement se produit ressemble en tout à celui de la cystocèle ; seulement, en ce cas, la force de projection ne vient pas de la vessie, mais du rectum.

§ I. — Causes.

Ce déplacement est la conséquence d'une constipation habituelle et prolongée ; les fèces accumulées distendent le rectum dans une proportion considérable, et comme les parois du vagin sont molles et lâches, elles n'offrent point de résistance, et il suffit du moindre effort pour faire saillir la tumeur à travers l'orifice externe. Comme la distension date de plus loin, que les intervalles de soulagement sont plus distants que dans le cas de cystocèle, le vagin revient moins facilement à son état normal; et même après que la cause de distension a disparu, les parois continuent à être flasques et toujours prêtes à se relâcher sous l'influence de la moindre pression. Malgaigne a publié un très-bon mémoire sur cette maladie. Sur 13 cas, les malades étaient réparties de la manière suivante : 4 étaient âgées de vingt-deux à trente ans ; — 4 de trente et un à quarante ; — 4 de quarante et un à cinquante ; — la dernière était âgée de cinquante-trois ans. — Toutes, à l'exception d'une seule, avaient eu des enfants : 3 avaient eu un enfant ; — 2 en avaient eu deux ; — 2 en avaient eu trois ; — 2 en avaient eu quatre ; — une en avait eu six ; — une autre sept ; — une autre dix. Chez 4 femmes qui n'étaient pas enceintes, l'accident était attribué à une chute, un coup, ou bien à des efforts violents. 3 étaient enceintes de six à neuf mois. Six fois la maladie était une conséquence du travail de l'accouchement, et une fois d'un avortement. Sur 16 cas, l'accident fut 7 fois compliqué de cystocèle ; — une fois de prolapsus utérin ; — 3 fois de cystocèle et de prolapsus utérin tout à la fois ; enfin, dans 5 cas, il n'y avait qu'une simple rectocèle.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de la cystocèle : la malade se plaint de pesanteur à l'orifice du vagin, de gêne et de douleur

(1) Léon Coze, *De la rectocèle vaginale*, thèse de Strasbourg, 1842. — Malgaigne, *Mémoire sur un prolapsus particulier du rectum dans le vagin ou à travers la vulve, ou rectocèle vaginale* (*Mém. de l'Académie de médecine*, 1838, vol. VII, p. 485).

en marchant ; il y a en même temps un léger écoulement muqueux. On amène quelque soulagement en provoquant une évacuation ; mais ce soulagement est incomplet tant qu'il reste la moindre saillie vaginale.

En écartant les grandes lèvres, on aperçoit une tumeur globuleuse plus ou moins volumineuse, compressible, mais non fluctuante, et à travers les parois de laquelle on peut quelquefois sentir les cybales. Le doigt passe facilement en avant de la tumeur, et l'on arrive jusque sur le col de l'utérus, qui est situé dans le bassin, à sa hauteur habituelle ; en arrière, le doigt est arrêté par la réflexion de la muqueuse, qui passe de haut en bas sur la tumeur. Quand le vagin en prolapsus est complétement distendu, la membrane muqueuse paraît lisse et polie ; mais, dès que le rectum a été vidé, la muqueuse vaginale forme des plis qui ne sont pas toutefois aussi réguliers que ceux que l'on voit sur la paroi antérieure.

§ III. — Diagnostic.

Ce déplacement doit être différencié :

1° *Du prolapsus de la paroi antérieure du vagin.* Il s'en distingue par sa situation vers la partie postérieure de l'orifice et par la possibilité de passer le doigt en avant de la tumeur. De plus, cette tumeur est compressible, mais non fluctuante, comme dans la cystocèle, et elle diminue après l'évacuation des fèces ;

2° *Avec le prolapsus utérin.* Le doigt introduit dans le vagin trouve le col à sa hauteur habituelle au lieu de le rencontrer à la partie inférieure de la tumeur, comme dans le prolapsus utérin. La tumeur est aussi plus molle, plus compressible, et plus variable comme dimension ;

3° *Avec le renversement de l'utérus.* La tumeur est plus molle et laisse passer le doigt antérieurement, de manière que l'on peut arriver jusque sur le col utérin, qui se trouve dans le bassin ; au contraire, dans le renversement de l'utérus, le cul-de-sac est formé par le vagin, qui est lui-même renversé et empêche l'introduction du doigt.

§ IV. — Traitement.

Comme dans la cystocèle vaginale, le traitement consiste à faire disparaître la cause du prolapsus au moyen de lavements et de purgations, à prévenir le retour de cet affaissement et à rendre à la membrane muqueuse sa tonicité normale par des applications froides et astringentes. On peut aussi soutenir la paroi au moyen d'un pessaire, et enfin, par une opération, diminuer le calibre du vagin. J'ai essayé toute espèce de moyens palliatifs, tels que : lavements renouvelés chaque jour, lotions froides et astringentes, application légère d'acide nitrique, et, pour dire la vérité, je n'ai retiré que peu de profit et même parfois aucune utilité de ces divers procédés. J'ai vu un succès complet par l'emploi du pessaire de Hodge, que l'on avait fait assez large pour distendre dans toute sa hauteur le cul-de-sac

postérieur du vagin ; mais ce succès a-t-il été permanent? Je ne puis le dire. Dans les cas où la tumeur est volumineuse, où elle ne peut être contenue par des moyens mécaniques, si l'on a échoué avec le traitement palliatif, je suis d'avis qu'il ne faut pas hésiter à enlever un lambeau de la membrane muqueuse, au besoin toute la cloison recto-vaginale, et à fermer la plaie avec des sutures métalliques. Les fistules recto-vaginales ne sont pas difficiles à guérir ; une fistule récente surtout présente de meilleures conditions, et le succès doit être complet.

Les conséquences de cette maladie sont l'excoriation des parties, une leucorrhée persistante et un relâchement des parois vaginales, lequel peut entraîner plus tard une chute de la matrice.

ARTICLE III

PROLAPSUS DU VAGIN, SOIT COMPLET, SOIT PARTIEL, SANS DÉPLACEMENT DE LA VESSIE OU DU RECTUM.

Il est très-rare de trouver un prolapsus de toute la circonférence du vagin. J'en ai vu un cas dans lequel il y avait, un jour, prolapsus de la paroi antérieure du vagin, et le jour suivant, prolapsus de la paroi postérieure.

Le mécanisme de cet accident n'est pas aussi facile à expliquer que dans les autres cas. Le prolapsus paraît être dû à un relâchement des parois tantôt par suite d'un excès de distension, tantôt indépendamment de cette distension, et enfin quelquefois par suite de la pression d'un organe voisin.

§ I. — Symptômes.

Les symptômes sont les mêmes que ceux que nous avons déjà décrits, sauf que la vessie et le rectum restent en dehors, et que l'évacuation de ces cavités ne soulage pas la malade.

Quand le vagin tout entier est en prolapsus, on voit saillir une tumeur de tout l'orifice vulvaire, et l'on trouve seulement à la partie inférieure un petit conduit qui va jusqu'à l'orifice utérin. Dans plusieurs cas, on a même trouvé l'utérus plus ou moins dévié de sa position naturelle. Quand le prolapsus est partiel, la membrane muqueuse fait saillie sous forme de pli antérieurement ou postérieurement. L'étendue de cette espèce de prolapsus varie beaucoup : tantôt il est très-prononcé, tantôt il est à peine marqué. Noël (1) rapporte un fait dans lequel la membrane vaginale descendait jusqu'aux genoux. L'absence de la vessie et du rectum dans la tumeur se reconnaît aisément par le toucher : il suffit de saisir la tumeur entre le pouce et l'index.

(1) Noël, *Journal de médecine,* vol. II, p. 60 .

§ II. — Diagnostic.

Quand le prolapsus estrécent, le diagnostic est facile à rétablir, d'après les symptômes que nous avons donnés ; mais quand la tumeur a été longtemps exposée à l'air, qu'elle est devenue dure et gonflée, l'orifice inférieur peut faire croire à une chute de matrice, et l'on ne peut éviter une erreur qu'en introduisant le doigt plus loin pour aller à la découverte de l'utérus.

§ III. — Traitement.

Les moyens auxquels on peut avoir recours sont les mêmes que ceux que nous avons recommandés pour le traitement des autres variétés de prolapsus, c'est-à-dire la réduction des parties, la contention par un pessaire, des fomentations émollientes, et plus tard des injections astringentes. Si la malade a passé l'âge d'avoir des enfants, on enlève un lambeau de membrane muqueuse, et l'on réunit les bords de la plaie de manière à diminuer le calibre du vagin.

Les conséquences de cette forme de prolapsus, quand on n'y apporte pas de remède, sont plus sérieuses que celles d'une chute partielle. Les rapports sexuels, aussi bien que la conception, sont entièrement empêchés ; l'évacuation de l'urine et des fèces est très-difficile; le vagin est exposé à s'enflammer et même à s'excorier ; les veines se gonflent et deviennent variqueuses, la menstruation devient excessive ; il y a de la leucorrhée, et enfin l'utérus est exposé lui-même à être entraîné.

CHAPITRE VII

INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE PELVIEN. ABCÈS PELVIENS.

Les abcès pelviens sont loin d'être rares, ils s'observent à toutes les périodes de la vie. Plus fréquents chez les femmes qui ont eu des enfants, je les ai cependant rencontrés chez des femmes non mariées, vieilles ou jeunes. Souvent ils se montrent après l'accouchement, surtout dans certaines épidémies d'inflammation post-puerpérale. On les a décrits sous le nom d'inflammation ou d'abcès des annexes utérins. Les abcès peuvent occuper soit l'espace recto-vaginal ou bien les parties latérales du bassin.

[[L'auteur dans ce chapitre a confondu le phlegmon des ligaments larges avec le phlegmon de la fosse iliaque. Nous devons donc rappeler ici la classification admise par un grand nombre d'auteurs qui ont écrit récemment sur ce sujet.

L'inflammation du tissu cellulaire qui avoisine l'utérus est désignée sous le nom de phlegmon péri-utérin.

Eu égard au siége de l'inflammation, on distingue trois variétés de phlegmons péri-utérins qui peuvent se rencontrer isolément ou se trouver réunis, on admet :

1° Le phlegmon *anté-utérin* ou inflammation du tissu cellulaire situé entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus. — Cette variété a été rendue parfaitement évidente sur une pièce présentée en 1858 à la société anatomique ;

2° Le phlegmon *retro-utérin*, rejeté pendant longtèmps, est admis aujourd'hui par la plupart des gynécologistes. M. Gallard a publié en 1872 le résultat d'une autopsie qui démontre d'une façon très-nette l'existence de l'inflammation en ce point (1) ;

3° Le phlegmon des *ligaments larges* ou inflammation du tissu cellulaire situé entre les deux feuillets péritonéaux qui constituent ces ligaments.

Quant à l'inflammation du tissu cellulaire siégeant au niveau de la fosse iliaque, on la désigne plus spécialement sous le nom de *phlegmon de la fosse iliaque*. C'est à la terminaison de cette inflammation par abcès que l'auteur donne le nom d'abcès latéraux du pelvis.]]

ARTICLE PREMIER

ABCÈS SIÉGEANT ENTRE LE RECTUM ET LE VAGIN

[[ET ENTRE LES FEUILLETS DES LIGAMENTS LARGES.]]

Ces abcès sont moins communs que ceux de l'autre variété (abcès de la fosse iliaque) et ne sont spéciaux à aucune période de la vie.

§ I. — Causes.

Ils sont le plus souvent déterminés par une violence extérieure, une chute, un coup de pied, etc., ou bien par le passage de la tête du fœtus pendant un accouchement laborieux. Quelquefois ils peuvent survenir en dehors de toute cause externe. A l'hôpital de Meath, chez une malade que m'avaient confiée Grave et Stokes, l'abcès se montra après la guérison d'une leucorrhée utérine abondante, sans autre cause appréciable. Ces abcès peuvent être aussi déterminés par l'extension de l'inflammation des organes génitaux externes.

§ II. — Symptômes.

Quelle que soit la cause, cette maladie donne lieu à une douleur aiguë dans la partie ; il existe une sensation de poids, de tension, des battements ; le tout très-augmenté, par la station debout et par les efforts de

(1) Gallard, *Leçons de clinique médicale*, 1873, p. 131.

défécation. Si, à cette période de la maladie, on procède à un examen, on trouve un gonflement considérable du tissu cellulaire à la partie postérieure du vagin, soit immédiatement entre ce conduit et le rectum, soit sur les côtés. Les parties sont très-sensibles au toucher; la tumeur est dure et tendue. L'inflammation arrive rapidement à la suppuration. Vingt-quatre ou quarante-huit heures suffisent quelquefois à la formation et même à l'issue du pus. La douleur, la pesanteur sont alors notablement diminuées; mais il se produit à ce moment des symptômes spéciaux à l'existence d'un abcès. L'examen par le vagin permettra de constater le ramollissement de la tumeur, la fluctuation et l'amincissement de la paroi dans un des points de la cloison vaginale ou rectale. Si on laisse la maladie suivre sa marche naturelle, il se fait une ouverture, soit dans le vagin, soit dans le rectum ; il s'écoule du pus ayant une odeur fétide. Puis la tumeur pelvienne s'affaisse, et si la cavité ne se comble pas, il peut se faire un écoulement d'une très-longue durée. Quelquefois l'orifice s'oblitère, l'abcès se remplit, jusqu'à ce qu'il soit de nouveau évacué. Il ne s'ouvre pas toujours au point où l'on pouvait prévoir que se ferait l'ouverture. A cause de la laxité du tissu cellulaire, le pus a de la tendance à fuser et à se faire jour en quelque point éloigné. Les ouvertures fistuleuses peuvent être aussi bien constatées au dehors du vagin que dans ses parois ou dans celles du rectum. C. Clarke relate des cas où il a observé des ouvertures fistuleuses, qui donnaient issue à des matières sanieuses, chaque fois qu'on exerçait une pression sur ces parties. On guérit une malade en évitant de laisser accumuler le pus et en la soumettant à un régime reconstituant.

Pendant la période inflammatoire, il y a souvent un mouvement fébrile. La malade se plaint d'inquiétudes et de douleurs dans les membres, de céphalalgie, de soif. Le pouls est fréquent. Il y a beaucoup d'agitation et une grande irritabilité. Les frissons indiquent le moment où se forme le pus; alors les autres symptômes s'effacent, et l'on voit survenir plus tard une grande faiblesse et même de l'épuisement, si l'écoulement purulent dure longtemps. Les effets de la maladie seront évidemment plus désastreux pour l'état général de la patiente, si elle survient dans l'état puerpéral. Pendant la période aiguë, il arrive souvent que les ganglions inguinaux se prennent, augmentent de volume et reviennent à leur état normal, quand l'état local s'améliore.

Voici le résultat d'une autopsie pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le service de Louis, le 2 janvier 1838, et qui démontre d'une façon évidente l'existence des abcès siégeant entre le rectum et le vagin.

On trouva une tumeur du volume d'un œuf de poule dans le ligament latéral du côté gauche, à 6 centimètres de la ligne médiane de l'utérus. Une incision pratiquée dans la tumeur laissa écouler une once et demie d'un liquide jaunâtre, qui, par la chaleur, laissa déposer une matière floconneuse.

On trouva une cavité entre l'utérus, le vagin et le rectum, tapissée d'une fausse membrane imprégnée de pus, limitée en haut par le péritoine, et en bas par les aponévroses du périnée. Cette cavité communiquait à la fois avec le rectum et avec le vagin. On ne découvrit aucune trace de matière cancéreuse; mais sur la ligne médiane, il y avait une tumeur dure, blanche, de la grosseur d'un petit œuf.

§ III. — Diagnostic.

La sensation de pesanteur aux parties génitales externes peut, au premier abord, faire croire à un prolapsus de l'utérus ou du vagin. Mais l'orifice utérin conserve son élévation normale; on constatera la présence d'une tumeur à la partie postérieure du vagin, ou sur les parties latérales, dure et molle, peut-être fluctuante, qu'on ne prendra pas pour une accumulation de matières fécales, si l'on fait administrer un lavement avant d'examiner le vagin ou le rectum. Il peut être nécessaire de différer son jugement de quelques jours avant de se prononcer définitivement. Il est aussi quelquefois très-utile d'employer le trocart explorateur, et même on en examinera le contenu au microscope. La présence de globules de pus sera concluante.

§ IV. — Traitement.

Au début, on peut enrayer l'inflammation au moyen de sangsues appliquées à la vulve ou au périnée, après quoi on recouvrira les parties de cataplasmes. Si l'on n'observe pas le résultat désiré, des fomentations, des cataplasmes ou des injections vaginales avec de l'eau chaude seront régulièrement employés pour hâter la suppuration, quand le pus est formé. Il sera bon de ponctionner l'abcès à la partie déclive, soit par le rectum, soit par le vagin; on évacuera le liquide complétement pour éviter qu'il ne fuse et ne se fraye une issue dans quelque point incommode. Si l'ouverture est assez large, généralement l'abcès guérit assez rapidement; on fera des injections vaginales deux fois par jour, et l'on pourra introduire dans le vagin un fragment d'éponge pour établir une compression qui préviendra l'accumulation du pus. S'il se forme une ouverture fistuleuse, on l'élargira comme on le fait pour les fistules ou d'autres régions; les entrailles seront maintenues libres au moyen de lavements quotidiens.

Quand la maladie survient après l'accouchement, et que la constitution de la malade paraît en souffrir, il faudra donner des toniques et conseiller une nourriture substantielle.

ARTICLE II

ABCÈS LATÉRAUX DU PELVIS.

[[ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE.]]

Cette forme de la maladie peut survenir dans le cours de certaines fièvres puerpérales. Ces abcès peuvent se développer immédiatement après le travail ou survenir longtemps après l'accouchement. Ils peuvent être complétement indépendants de l'enfantement, chez des femmes mariées, chez des vierges, chez des vieilles ou jeunes femmes.

§ I. — Causes.

Excepté le travail de l'accouchement, il est très-difficile d'assigner à cette maladie aucune cause spéciale. Cependant j'ai vu de ces abcès se développer à la suite d'un refroidissement, de rapports sexuels excessifs. Enfin, on les attribue souvent à des coups, des chutes, des frayeurs, etc. De ce que, dans certains cas, on observe la coïncidence de ces abcès avec une suppression brusque de la sécrétion lactée, ou des lochies à la suite de couches, on les a attribués à l'un ou à l'autre de ces accidents, et les anciens auteurs les désignaient sous le nom d'abcès laiteux, etc. Je ne mets pas en doute que la pression longtemps exercée par la tête du fœtus pendant le travail ne puisse produire cette lésion, mais je ne crois pas que cette cause soit très-commune; car la plupart des cas que j'ai observés se sont produits ou après un accouchement naturel ou en dehors de l'accouchement. Sur soixante et un cas appartenant à M'Clintock, près de la moitié se sont développés chez des primipares (1). Enfin, des abcès peuvent être la conséquence d'une inflammation générale de ces parties.

§ II. — Symptômes.

α. Le mode d'invasion est très-variable. Dans certains cas, les symptômes sont latents au début; peut-être y a-t-il un peu d'anxiété, à peine de la douleur, dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, et en plaçant la main sur le point malade, le patient découvre une tumeur, le plus souvent du côté gauche. M'Clintock a rencontré ces abcès vingt-sept fois du côté droit, trente-quatre fois ils se sont développés successivement des deux côtés, huit fois il y avait, en outre, plus ou moins de tuméfaction au-dessus des pubis.

β. Après une convalescence postérieure de quelques jours à l'accouchement, environ vers le neuvième ou le dixième jour, la malade est prise

(1) M'Clintock, *Clinical Memoirs on Diseases of women.* Dublin, 1863.

d'un léger accès de fièvre, avec quelques douleurs lancinantes dans l'abdomen ; ces douleurs s'apaisent pendant quelque temps, quoiqu'il reste de la fièvre sans cause appréciable, jusqu'au moment où, avec le temps, on a reconnu la véritable nature de la maladie.

γ. Dans d'autres cas, les symptômes sont locaux, et la nature du mal se révèle aussitôt. Dès le début, il y a de la douleur dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, de la sensibilité, et bientôt après de la tuméfaction et de la fièvre.

δ. Enfin, la tumeur peut offrir dès le premier abord les symptômes d'une lésion plus généralisée du péritoine. La douleur s'étend à tout le ventre, survenant par paroxysmes. Il y a de la douleur à la pression et de la fièvre. Bientôt la sensibilité générale et la douleur diffuse s'apaisent et se localisent ; dès lors se révèle le véritable caractère de la maladie.

Après avoir rapidement tracé les différentes manières dont la maladie débute, je préfère prendre successivement les divers symptômes dans l'ordre de leur importance et de leur fréquence, plutôt que de les décrire dans leur ordre de succession :

1° La présence d'une tuméfaction ou d'une tumeur limitée est invariable ; celle-ci existe dans tous les cas et caractérise la maladie. On peut la sentir, s'étendant du pelvis au-dessus du ligament de Poupart jusqu'à la fosse iliaque, et même elle remonte quelquefois vers l'ombilic; mais elle se continue en bas, vers la cavité pelvienne. Ou bien elle peut être renfermée dans le bassin, atteignant le ligament de Poupart et faisant saillie au-dessus de la crête iliaque. A ce niveau, on sent de l'empâtement, et la fixité de la tumeur pourrait donner à penser qu'elle fait corps avec cet os. La tumeur est plus facile à limiter quand elle est volumineuse. Dans tous les cas, elle est fixe, douloureuse au toucher, et très-dure, jusqu'à ce qu'elle soit suppurée. Quelquefois la maladie est encore plus limitée, et l'on peut ne trouver de tuméfaction que par le toucher vaginal. En faisant cet examen, on trouve le vagin chaud, sensible et sur un des côtés ou vers la partie supérieure, on constate une tuméfaction douloureuse et dure, fixée au squelette du bassin, quelquefois s'étendant vers la partie interne du côté de l'utérus, auquel on ne peut imprimer aucun mouvement sans provoquer de la douleur. [[Cette dernière description a plutôt rapport au phlegmon du ligament large.]]

2° Bien que la douleur se montre à différentes périodes de la maladie, tôt ou tard elle se montre ; elle est plus intense au niveau de la tumeur, d'où elle s'irradie dans toutes les directions. Quand la tumeur est élevée, c'est-à-dire au-dessus de la crête iliaque, la douleur y reste plus limitée ; quand elle est située dans le bassin ou dans l'aine, la sensibilité s'étend au travers de cette cavité, vers l'anus, dans les reins et dans la cuisse : un signe très-caractéristique, dans ces cas, est la difficulté, souvent même l'impossibilité d'étendre la cuisse ou de se tenir debout. La marche est difficile et très-douloureuse.

3° Quand la tumeur occupe surtout la cavité pelvienne, la malade est très-tourmentée par du ténesme, des envies d'uriner, probablement à cause de l'extension, de l'irritation qui se produisent à la vessie et au rectum. Quelquefois, lorsque la tumeur est très-volumineuse, elle met un obstacle complet aux fonctions de ces viscères.

4° L'intensité de la fièvre aussi bien que la période où elle se montre sont très-variables. Dans quelques cas, elle précède ou accompagne les premiers symptômes locaux; dans d'autres, elle s'allume après que l'existence de la tumeur a été constatée. Rarement elle ne se montre que le soir; constamment, à la période de suppuration, il y a des exacerbations vespérales. Le pouls bat de 90 à 100 pulsations; la langue est chargée, la peau est chaude, la soif considérable, et l'urine est fortement colorée. L'appétit est toujours nul.

Ces symptômes sont mitigés, ou du moins la malade paraît souffrir moins, quand elle n'est pas dans l'état puerpéral.

§ III. — Pathologie.

Il n'est pas douteux que l'on ait affaire à une inflammation phlegmoneuse; mais quels sont les tissus qui sont lésés? la couche celluleuse, d'un côté du pelvis, en dehors du canal vaginal, cela est certain, et dans certains cas, je crois, les annexes utérines, ovaire, trompe et ligament large, du même côté; mais cela ne me paraît pas nécessairement exister dans tous les cas. Voilà la raison qui m'a fait préférer le nom d'inflammation du tissu cellulaire pelvien (*pelvic cellulitis*) à la dénomination d'inflammation des annexes que j'avais adoptée dans les précédentes éditions.

Quelquefois, je ne puis m'empêcher de croire qu'un côté de l'utérus ou l'utérus tout entier ne soit atteint également : car je l'ai trouvé souvent très-douloureux, et la tumeur s'étendant de cet organe aux parois du bassin. [[Dans ce dernier cas, l'abcès du ligament large est venu compliquer l'abcès de la fosse iliaque.]]

§ IV. — Terminaisons.

Après avoir parcouru toutes ses phases pendant un certain temps, la maladie peut se terminer :

1° *Par résolution.* — Alors la douleur s'atténue et disparaît. La tumeur est moins douloureuse, diminue de volume et finit par disparaître : ce mode de terminaison peut demander de un à trois mois ;

2° *Par suppuration.* — Quand la suppuration s'effectue, on sent généralement un ramollissement de la tumeur avec une sensation obscure de fluctuation. La malade se plaint de battements, d'élancements dans la tumeur. Elle éprouve des frissons, et, par degrés, si la chirurgie n'intervient, les téguments s'amincissent et le pus s'écoule, soit extérieurement à travers les parois abdominales qui recouvrent la tumeur, soit dans le

péritoine; il se développe alors une péritonite toujours grave, mais pas toujours mortelle (1): tantôt dans le vagin, par où le pus s'écoule; tantôt dans le côlon ou le rectum, et le pus est rendu dans les garde-robes. C'est certainement par ces deux voies que le plus souvent le pus se fraye une issue. Rarement ces abcès s'ouvrent dans la vessie; cependant des observations en ont été rapportées par Lisfranc et Emery (2), Hawkins (3), Johnston (4), Battertly (5), Marchal, de Calvi, M'Clintock et d'autres (6).

Simpson a également publié des observations de fistules vésico-utérines, vésico-rectales et utéro-intestinales, qui lui ont paru pouvoir être rapportées à une cause de cette nature.

Ces abcès peuvent également s'ouvrir dans le tissu cellulaire environnant, où ils fusent jusqu'à ce qu'ils trouvent une issue, ou dans les parois de l'utérus, comme le montrent les observations publiées par Dance (7) et par Wamright (8).

Comme je viens de le dire, le pus peut être évacué par l'une ou l'autre de ces voies, et si l'ouverture est suffisante, l'abcès se comble et guérit spontanement. Mais si l'orifice est petit, l'écoulement se perpétuera, l'ouverture deviendra fistuleuse, et la guérison peut être difficile à obtenir.

Enfin, l'extension de la maladie ou les affections secondaires qu'elle peut entraîner peuvent amener la mort dans un temps impossible à fixer. Cette conséquence cependant doit être rare à mon avis. Je n'ai jamais observé cette terminaison, et M'Clintock ne l'a constatée que trois fois sur soixante-dix cas de cellulite pelvienne puerpérale, et la mort paraît avoir été causée par une dysentérie résultant du passage du pus dans le côlon; dans les cas non puerpéraux, il a observé que la mortalité était plus grande.

§ V. — Diagnostic.

Le diagnostic sera bien simplifié, si la maladie survient à une certaine distance de l'accouchement, et surtout si la malade souffre dans l'abdomen. Si alors on découvre une tumeur au-dessus de la crête iliaque, ou dans une des fosses iliaques avec de la douleur, on aura tout lieu de croire à un abcès de cette région; si la maladie se développe en dehors de l'état puerpéral, ou bien longtemps après l'accouchement, il peut être difficile de la distinguer de quelques-unes des maladies chroniques de

(1) *Med. Times and Gazette*, 2 septembre 1854, p. 239.
(2) Lisfranc et Emery, *Revue médicale*, 1827.
(3) Hawkins, *Lond. Med. Gazette*, 1832.
(4) Johnston, *British and Foreign med. Review*, 1836.
(5) Battertly, *Dublin Journ.*, mai 1847.
(6) M'Clintock, *Med. Times and Gazette*, 1854, p. 164.
(7) Dance, *Mémoire sur quelques engorgements inflammatoires, etc.*, observ. 14, 1827.
(8) Wamright, *British and For. Medical Rev.*, juillet 1841.

l'ovaire, ou de l'inflammation péri-cœcale. Alors, dans ce cas, le meilleur signe sera l'intensité de la douleur et des troubles de l'état général, qui sont beaucoup plus marqués dans la maladie que je viens de décrire. Je crois aussi que, dans la tumeur péri-cœcale, la percussion donne un son clair, tandis qu'elle donne toujours un son mat dans la cellulite pelvienne.

J'ai vu prendre cette maladie pour une sciatique ; quand la tumeur est dans le pelvis et qu'on exerce une pression sur des nerfs qui émergent de cette cavité, la douleur peut être limitée au trajet des nerfs et donner le change même à un observateur soigneux. Cependant un examen minutieux nous permettra de rapporter cette douleur à sa source véritable, et alors un examen interne nous en révélera la cause. La flexion de la cuisse et l'impossibilité de la redresser doit nécessairement nous conduire à examiner l'aine et à découvrir la tumeur.

§ VI. — Traitement.

Les indications principales sont: 1° d'amener la résolution de la tumeur, ou 2° de faciliter la suppuration et de donner issue au pus.

1° Si le médecin est appelé au début de la maladie, il lui est souvent possible d'en arrêter les progrès, comme l'a bien fait observer Doberty, et même encore, lorsque la maladie dure depuis un certain temps, comme dans l'observation de Puzos. Pour arriver à ce résultat, cet auteur, ainsi que Mauriceau, recommandent des saignées répétées par la veine, des purgatifs, des altérants et des absorbants, etc. Je crois que des applications réitérées de sangsues auront le même effet avec moins de perte de force pour la malade. On en appliquera une douzaine sur la tumeur, puis on la recouvrira de cataplasmes, et on reviendra aux sangsues si cela est nécessaire, c'est-à-dire si la douleur et les battements n'ont pas été atténués. L'énergie de ce traitement doit être évidemment en rapport avec l'état général du sujet. Si on réussit à enrayer les progrès de l'inflammation, on aura avec avantage recours à l'application successive de petits vésicatoires ; des fomentations et, suivant l'occasion, un bain de siége soulageront la malade, qui se trouvera encore mieux d'injections d'eau chaude faites deux fois par jour. A l'intérieur, on prescrira du mercure à dose fractionnée, peut-être même jusqu'à affecter un peu les gencives. On aura de temps en temps recours à un purgatif. Cependant je confesse qu'un purgatif énergique n'est pas très-utile, et il a souvent augmenté les douleurs. Si la douleur donne de l'insomnie, on administrera une préparation d'opium. Quand les symptômes de la maladie cèdent, j'ai vu appliquer avec grand avantage un emplâtre sur la tumeur. La diète doit être douce et nutritive à la fois, mais non excitante.

2° Si toutefois, malgré le prompt et soigneux usage des moyens que je viens d'indiquer, la maladie ne cédait pas du terrain, on peut tenir pour

certain que la suppuration surviendra ; on la favorisera par des fomentations et des cataplasmes. La formation du pus sera souvent marquée par des frissons ; mais, le plus souvent, ce sera seulement par le doigt qu'on en acquerra la certitude. Je ne saurais trop répéter à mes lecteurs le grand avantage qu'il y a à faire une ouverture dans l'abcès aussitôt que possible : on déterminera ainsi le cours que doit prendre le pus, au lieu de le laisser fuser et se frayer une issue en un point incommode ou dangereux. Si l'on constate que la paroi de l'abcès s'amincit vers le vagin, on peut être tranquille, pourvu que l'ouverture se fasse assez large. Si l'ouverture n'est pas assez grande, il faut l'agrandir. Une ouverture par le vagin, le rectum ou les parois abdominales, ne présente pas de danger sérieux, et il vaut infiniment mieux la faire que de courir la chance d'une ouverture dans le péritoine. Notre premier devoir est de nous assurer que l'ouverture spontanée ou artificielle est assez large pour vider complétement le sac.

Si l'ouverture se faisait en un point incommode ou dangereux, il vaudra souvent mieux faire une contre-ouverture plutôt que de laisser se perpétuer une communication fistuleuse.

J'aurai l'occasion plus loin de revenir sur ces communications avec la vessie, etc. Quand le pus a été complétement évacué, l'alimentation doit être substantielle, et l'on doit conseiller l'usage du vin. Ces abcès, quand ils surviennent après un premier accouchement, ne sont généralement pas sujets à retour après une seconde couche, et presque toujours, en pareil cas, la guérison a été complète.

CHAPITRE VIII

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE, PÉRI-UTÉRINE OU PELVIENNE.

Ces différents noms ont été donnés à une maladie à peu près inconnue jusque dans ces dernières années, et dont nous devons la description à nos confrères du continent. Elle consiste dans un épanchement de sang : 1° dans le repli péritonéal qui est derrière l'utérus ; 2° dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ce n'est pas une maladie fréquente ; mais il est facile de la prendre pour une autre affection.

Sans aucun doute, il existe des observations rapportées par les anciens auteurs, que nos connaissances actuelles nous permettent de rapprocher de cette espèce d'hémorrhagie ; mais nous ne devons pas nous reporter en arrière plus loin qu'aux observations de Récamier en 1841 (1). D'autres

(1) Récamier, *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue médicale*, 1841, p. 31).

observations ont été publiées par Velpeau (1) et par Bernutz, qui en a fourni plusieurs (2). C'est surtout à Nélaton, en 1850, que nous devons la description très-complète de cette maladie. Ce chirurgien lui a donné le nom d'hématocèle rétro-utérine. Les cas observés à l'hôpital des cliniques ont été publiés par Viguès (3), qui considère cette tumeur comme étant toujours extra-péritonéale. En 1851, Gaillet et Bauchet ont publié une excellente reproduction des leçons de Nélaton sur ce sujet (4).

Depuis cette époque, cette maladie a fait l'objet d'une foule de dissertations inaugurales. Des observations ont été publiées par Mikschik (5), Kauffmann (6), Tardieu (7) et Royer (8). Des recherches ont été faites, afin de connaître la source de l'hémorrhagie, par Richet, et elles ont été publiées par Devalz. Des opinions diverses ont été émises à cette occasion par Scanzoni, Puech (9), Trousseau (10), Oulmont (11), Nonat (12), Gallard et Becquerel (13).

Cependant le traité le plus complet est le mémoire de Aug. Voisin (14), auquel j'ai beaucoup emprunté. Je trouve cependant qu'il a, au point de vue de la pathologie, singulièrement limité ses vues.

Cette question, néanmoins, n'a été dédaignée ni en Angleterre ni en Amérique, car elle a été traitée par Tilt, West, Simpson, M'Clintock (15); Byrne (de New-York), et Mathews-Duncan, d'Édimbourg (16).

§ I. — Pathologie.

La première question à résoudre est de savoir s'il faut ne comprendre dans cette maladie que les cas où le sang est épanché dans le sac péritonéal et s'est enkysté, comme le veut Aug. Voisin, ou s'il ne faut pas comprendre aussi les cas où le sang est extravasé derrière l'utérus et autour de cet

(1) Velpeau, *Recherches anatomiques sur les cavités closes* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. VII, p. 430. Paris, 1843).

(2) Bernutz, *Archives générales de méd.*, 1848, vol. XVII et XVIII, et *Clinique des maladies des femmes*, 1860, t. I.

(3) Viguès, Thèse, 1850.

(4) Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1851.

(5) Mikschik, *Études sur la pathologie des ovaires*. Leipzig, 1854.

(6) Kauffmann, *Archives de la Société obstétricale de Berlin*, vol. VIII.

(7) Tardieu, *Observations de médecine légale sur les cas de mort naturelle* (*Annales d'hygiène et de médecine legale*. Paris, 1854, vol. II, p. 157).

(8) Royer (de Joinville), *Hémorrhagie abdominale suivie de rupture spontanée*, rapport de Velpeau (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1855, vol. XXI, p. 21).

(9) Puech, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1858.

(10) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, juin 1858 et *Clinique medicale de l'Hôtel-Dieu*. 4e édition. Paris, 1872.

(11) Oulmont, *Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, vol. IV, n° 1.

(12) Nonat, *Gazette hebdomadaire de médecine*, août 1858.

(13) Becquerel, *Traité des maladies de l'utérus*, 1859.

(14) Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin, etc.* Paris, 1860, avec une planche.

(15) M'Clintock *Clinical Memoirs on diseases of women*, p. 240.

(16) Duncan, *Edinburgh Monthly Journal*, octobre 1862.

organe, mais en dehors du péritoine, comme l'indiquent Huguier, Robert, Nonat, Becquerel. Si réellement, dans le premier cas, les accidents sont dus à des troubles de la menstruation, et qu'il en soit autrement dans le second, cette classification serait justiciable. Mais ce n'est pas là un fait établi. Je me propose donc de comprendre les deux variétés dans la même description.

La maladie consiste en un épanchement sanguin, soit dans le sac péritonéal entre le rectum et l'utérus, *hématocèle intra-péritonéale*, soit dans le tissu cellulaire souspéritonéal derrière l'utérus ou autour de cet

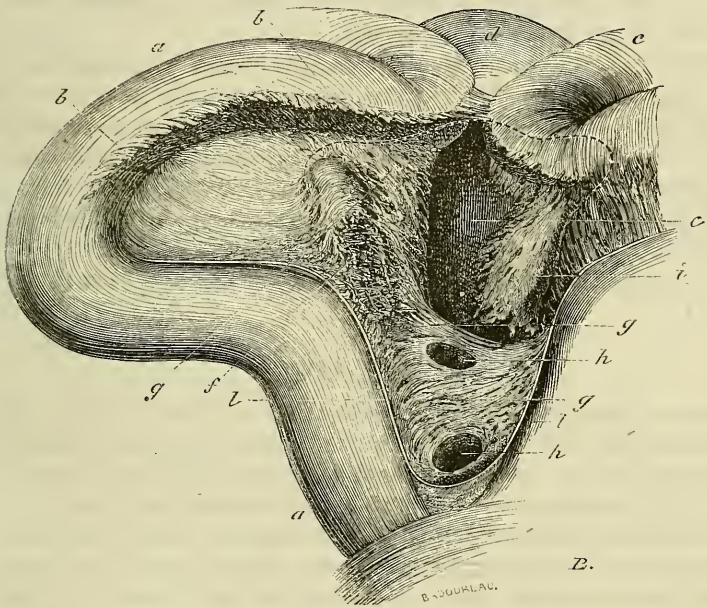


Fig. 57. — Hématocèle rétro-utérine, vue d'arrière en avant (*).

organe, *hématocèle extra-péritonéale*. Si le sang est versé rapidement dans le péritoine, s'il s'échappe de veines variqueuses ou s'il est mélangé à du mucus, suivant Voisin, il ne s'enkystera pas ; mais s'il est versé lentement, il se développe une légère inflammation, la membrane séreuse contracte des adhérences autour de l'épanchement, et s'enferme dans une

(*) *a a a*, rectum détaché en partie de ses attaches normales et porté à gauche afin de montrer la cavité rétro-utérine par sa face postérieure ; *b*, *b*, adhérences fibrineuses qui unissaient cette portion du rectum à l'anse d'intestin grêle ; *c c*, anse d'intestin grêle formant une partie du plafond de la poche rétro-utérine ; *d*, vessie ; *e*, utérus vu par sa face postérieure et couvert de produits fibrineux ; *f*, trompe utérine gauche dilatée et cachée par des adhérences ; *g g g*, cloison fibreuse parfaitement organisée divisant la poche rétro-utérine en deux moitiés qui ne communiquaient plus que par les pertuis *h h* ; *i*, trompe utérine droite dilatée ; *l l*, péritoine pelvien recouvert de dépôts fibrineux, dessin fait d'après une pièce recueillie dans le service de M. Oulmont (Aug. Voisin.)

cavité entre le rectum et l'utérus. Quand l'épanchement est sous-péritonéal, il ne se fait rien de pareil.

Maintenant, quelles sont les sources de l'hémorrhagie ? Autant qu'on a pu s'en assurer, elles paraissent être les suivantes :

1° Le sang peut provenir d'une vésicule de Graaf, pendant la période de congestion, à l'époque menstruelle ;

2° Un reflux du sang de l'utérus à travers les trompes de Fallope, par suite d'une obstruction au niveau de l'orifice utérin ;

3° L'épanchement peut être la conséquence d'une hémorrhagie dans les trompes ;

4° Il peut résulter de la rupture des veines variqueuses, entre les feuillets séreux des ligaments larges ;

5° [[Enfin à une ponte extra-utérine, à la chute d'un ovule fécondé ou non dans le péritoine pelvien. Dans cette théorie qui a été soutenue principalement par M. Gallard, « le mode de formation des hématocèles rétro-utérines doit être assimilé à celui des grossesses extra-utérines. L'hématocèle est une grossesse extra-utérine moins le produit de la conception. Toutes les hématocèles qui sont sous la dépendance d'une lésion ovarique, ne sont autre chose que des grossesses extra-utérines, et le sang qui les constitue contient dans tous les cas un ovule fécondé ou non (1). »]]

§ II. — Causes.

Comme on pouvait s'y attendre, l'âge joue un grand rôle dans la production de cet accident. Aug. Voisin a constaté que dans trente-quatre cas, vingt fois on a observé cet accident entre vingt-cinq et trente-cinq ans. L'âge de trente ans peut donc être pris comme moyenne, et c'est à ce moment qu'existe la plus grande puissance des organes génitaux.

La pléthore est une cause prédisposante ; la dysménorrhée et la ménorrhagie sont des causes déterminantes, et si à ces causes on ajoute les rapports sexuels, nous les aurons à peu près toutes énumérées. Sur dix cas où la menstruation semble avoir joué un rôle, sept fois le coït avait eu lieu pendant ou peu après l'époque menstruelle.

Le ténesme, des efforts violents, une chute, etc., peuvent à la rigueur avoir une influence sur la production de l'hématocèle.

Il est raisonnable de penser qu'une altération du sang puisse favoriser le développement de cette maladie, comme chez la malade de Scanzoni, qui avait la rougeole et mourut subitement, au début de la menstruation, d'une hémorrhagie dans le péritoine, provenant de la trompe du côté gauche.

Dans l'observation de Bouillaud, la malade était sous le coup d'une variole, et il y eut une hémorrhagie alarmante à l'apparition des règles, trois jours après l'éruption.

(1) Gallard, *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1852.

§ III. — Symptômes.

Le mode d'invasion est variable, tantôt brusque, tantôt graduel. Voisin prétend que, pour l'hémorrhagie non enkystée, l'invasion est brusque, qu'elle est au contraire graduelle quand elle s'enkyste. Certes les symptômes sont très-alarmants, quand le sang est répandu dans le péritoine.

Que l'épanchement soit brusque ou graduel, il y a toujours de la douleur, surtout dans le bassin, mais souvent s'irradiant dans le bas-ventre, avec des exacerbations très-violentes, si la tumeur est volumineuse.

Quelquefois en même temps il y a de la prostration, surtout quand l'épanchement s'est fait brusquement et dans la cavité péritonéale.

La tumeur variera suivant le siége et l'étendue de l'épanchement. Elle peut être limitée dans la cavité pelvienne, qu'elle peut au contraire remplir presque complétement. Dans beaucoup de cas, on peut sentir la tumeur au-dessus du pubis.

Généralement le ventre est tuméfié et sensible à la pression, surtout au niveau de la tumeur, qui peut graduellement diminuer pour reparaître à la prochaine époque.

Si la malade résiste, chaque période menstruelle est marquée par des symptômes plus graves.

Si on pratique le toucher, on trouvera certainement une tumeur plus ou moins volumineuse, le plus souvent derrière l'utérus, souvent sur les parties latérales, ou bien très-rarement à la partie antérieure, comme on le voit dans les observations de Braun. Si la tumeur est très-tendue, elle donnera la sensation d'un corps solide ; mais je crois que, généralement, elle donne la sensation d'un liquide renfermé dans une cavité. Quelquefois si la tumeur est volumineuse, elle repoussera l'utérus hors de sa situation normale, et le rectum peut être comprimé. Le plus souvent on constatera des pulsations artérielles. L'emploi du spéculum n'offre pas, au point de vue du diagnostic, des avantages sérieux. La muqueuse qui recouvre l'épanchement présente une coloration violacée.

Souvent, au premier abord, il y a des troubles généraux, puis de la prostration : le pouls est petit et fréquent. Il survient des vomissements et de la diarrhée, de l'irritabilité et du ténesme vésical, et quelquefois de la dysentérie.

Quelle est la marche habituelle de cette maladie ? Quand la quantité de sang est minime, la maladie guérit d'elle-même sans aucune intervention. D'autres fois, quand les premiers troubles ont cédé, que la tension a diminué, ce n'est le plus souvent qu'une question de temps, et tantôt le sang épanché se résorbe, tantôt la tumeur se ramollit, pointe en avant et s'ouvre, généralement sur un point de la muqueuse ; mais elle peut s'ouvrir également dans le péritoine, et la mort peut en être la conséquence. La mort peut survenir soit à la suite de l'extension de l'hémorrhagie dans

le péritoine (Aug. Voisin) ou du développement d'une péritonite consécutive avec ses symptômes habituels.

§ IV. — Diagnostic.

L'expérience a montré que le diagnostic n'est pas toujours aisé, et, pour y arriver, il faut non-seulement un doigt habile, mais encore des antécédents bien interprétés.

Une douleur subite et analogue à une crampe, avec plus ou moins de prostration, ou bien le développement graduel mais rapide cependant de la maladie, la douleur due à la distension, le siége de la tumeur, doivent être nos principaux jalons, et limitent, dans le cadre des maladies aiguës, les maladies qui peuvent, en donnant le change, passer pour une hématocèle.

1° On distinguera l'hématocèle du *phlegmon pelvien*, par l'invasion plus soudaine, l'absence de fièvre et une moindre sensibilité de la tumeur, que celle-ci soit interne ou externe. De plus, le phlegmon est plus souvent la conséquence d'un accouchement ou d'un avortement, et l'hématocèle est le plus souvent liée à la menstruation.

2° La tumeur siégeant derrière l'utérus pourrait faire croire à une *rétroversion*, mais l'usage de la sonde utérine nous montrera que l'utérus n'est pas atteint, et s'il existe une tumeur au niveau des pubis, le diagnostic n'en sera que plus clair. Enfin la souffrance résultant de l'hématocèle est bien plus marquée que celle de la rétroversion de l'utérus.

3° Des *tumeurs ovariques* ou *fibreuses*, situées en arrière, dans le cul-de-sac recto-vaginal, pourraient être confondues avec l'hématocèle ; mais l'interrogatoire nous montrera que le début n'a pas été brusque, qu'il n'y a pas eu de prostration ni de douleur. Ces tumeurs sont plus ou moins mobiles, et se montrent communément à une période plus avancée de la vie.

4° Jamais on ne prendra cette maladie pour une *affection maligne*, à cause de son apparition brusque et de l'absence d'écoulement.

[[5° Reste à faire le diagnostic entre l'hématocèle *intra-péritonéale*, et l'hématocèle *extra-péritonéale*, voici, à ce sujet, l'opinion de M. Courty(1).

HÉMATOCÈLE INTRA-PÉRITONÉALE.	HÉMATOCÈLE EXTRA-PÉRITONÉALE.
Tumeur plus élevée, proéminant sur les côtés et en arrière de l'utérus.	Tumeur descendant dans la cloison recto-vaginale.
Utérus enclavé dans des directions variables, ne pouvant être soulevé.	Utérus repoussé en haut et en avant, plus distant de la tumeur anormale.
Pas de coloration, pâleur fréquente de la muqueuse.	Teinte violacée du cul-de-sac vaginal.

(1) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. 1872, p. 1052, 2e édition.

§ V. — Traitement.

Si l'attaque a été soudaine et vive, notre premier soin sera de remédier à la douleur et à la défaillance par des alcooliques et par des stimulants ; et plus tard, s'il survient de l'inflammation, par les sangsues et les mercuriaux. Si l'invasion a été graduelle, les premiers symptômes peu graves, et si la tumeur est peu développée, il sera prudent de se tenir dans l'expectative. En pareil cas, il n'est pas rare que le repos et une diète sévère fassent justice des accidents ; ou bien encore, après que les phénomènes aigus ont cédé, on aidera à la résorption de l'épanchement par de petites doses de mercure, des cataplasmes, de petits vésicatoires, etc., ou l'on emploiera des moyens résolutifs par le vagin. En tout cas, on insistera sur le repos, associé à un traitement antiphlogistique.

Il reste maintenant à discuter le traitement chirurgical. Tout d'abord, l'avantage de diminuer la tension en donnant issue au sang épanché et en faisant des injections dans la poche, se présentait d'une manière si évidente, que ce moyen fut adopté par les chirurgiens français. Sur 20 cas ainsi traités, d'après Aug. Voisin, le résultat fut de 15 guérisons et 5 morts, résultat qui fit abandonner ce traitement. Le traitement adopté par Nonat consiste surtout dans le repos, la position horizontale, les cataplasmes, les onctions mercurielles, l'application du froid sur le ventre et les cuisses, et la saignée du bras trois fois par mois. Trousseau préconise surtout le fer et le quinquina comme moyens préventifs ; les astringents et les acides contre l'hémorrhagie, en même temps que des cataplasmes émollients. Aran est opposé au traitement chirurgical et recommande les sangsues contre la péritonite.

Simpson conseille de s'abstenir de tout traitement chirurgical, quand la maladie suit une marche graduelle et tranquille. Mais si la tumeur vient à grossir par suite d'inflammation, il recommande, afin de fixer le siége de l'ouverture, de faire une large incision sur le point ramolli, immédiatement derrière le col de l'utérus, et d'enlever tous les caillots avec le doigt.

Suivant moi, si la souffrance déterminée par une forte tension n'est pas insupportable, il faut tenter l'expectation, ou des doses altérantes de mercure, l'application de cataplasmes, de teinture d'iode, des vésicatoires, etc. Mais si la tension est considérable et qu'il y ait à la portée du doigt un point fluctuant, il faudra faire en cet endroit une ponction avec un trocart mince, et plus tard, s'il est nécessaire, il faudra agrandir l'ouverture de manière à vider complétement le sac. Pour ma part, je n'ai pas grande confiance dans les injections.

Si l'on est assez heureux pour être appelé pour une hématocèle en voie de formation, il sera bon de tenter de l'expectation, des applications froides et du repos horizontal. L'époque suivante des règles exigera une

attention spéciale : le repos absolu, de la tranquillité, quelques laxatifs et, s'il est nécessaire, quelques sangsues à la région ovarique suffiront probablement à conjurer de nouveaux accidents.

SECTION II

MALADIES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

OCCLUSION DE L'UTÉRUS.

Avant d'en arriver à la description des maladies les plus communes de l'utérus, je crois utile de dire quelques mots de l'oblitération plus ou moins complète de l'orifice utérin, qu'elle soit congénitale ou acquise, car elle constitue certainement une variété importante dans les maladies fonctionnelles de cet organe.

Cette condition morbide de l'orifice utérin peut être ou congénitale ou acquise, ou complète ou incomplète.

ARTICLE PREMIER

OCCLUSION CONGÉNITALE.

En parlant de l'atrésie vaginale, j'ai cité un certain nombre de cas où l'orifice utérin offrait des conditions analogues, et ce double vice de conformation n'est pas rare. Mais, d'autre part, il peut se faire que les conditions anatomiques du vagin soient normales, et qu'en même temps l'orifice utérin soit imperforé, comme dans les observations publiées par Oldham (1), Owen (2), Martin (3), Hatin (4) et d'autres (5).

§ I. — Symptômes.

Les symptômes, dans ces cas, dépendent tout à fait de l'existence des règles. Si elles existent, on observera un effort de la nature à l'époque voulue, du malaise, de la souffrance, une sensation de poids dans le ventre, du ténesme utérin, de la douleur de reins, puis une tumeur se forme

(1) Oldham, *Med. Times and Gazette*, 27 mars 1852.
(2) Owen, *Lancet*, 14 octobre 1837.
(3) Martin, *Bull. méd. belge*, février 1838.
(4) Hatin, *Journal des connaissances médicales*, avril 1839.
(5) *London Med. Journal*, vol. IV, p. 243.

graduellement au-dessus des pubis, ressemblant, pour la forme et la situation, à un utérus gravide. S'il n'existe pas de sécrétion menstruelle, et il peut ne pas y en avoir, comme on le voit dans les observations d'Oldham et Waston, il n'y aura pas de tumeur, ni aucun des phénomènes qui caractérisent les périodes cataméniales. Le fait du développement complet des organes sexuels nous conduit à admettre l'existence des ovaires, ce qui rend plus difficile l'explication de l'absence de sécrétion menstruelle, à moins que nous ne l'attribuions à ce merveilleux instinct par lequel les organes s'accommodent, pour ainsi dire, aux circonstances particulières qui les entourent.

Il n'est pas moins curieux de voir que des femmes placées dans ces conditions exceptionnelles puissent conserver leur santé pendant un temps souvent fort long, comme cela est noté dans l'observation de Oldham.

Quand l'accumulation prend une certaine importance, il sera facile de faire une erreur de diagnostic, si on examine légèrement. La forme, la situation de l'utérus, la sensation que donne le toucher de la tumeur, ressemblent à ce qu'on rencontre dans la grossesse. Mais il est vrai qu'on n'entend ni le souffle placentaire, ni les bruits du cœur du fœtus. Quoique ces signes puissent nous éloigner de l'idée d'une grossesse normale, ils ne jetteraient qu'une lumière bien insuffisante sur la véritable nature de la maladie. Mais l'existence d'un molimen menstruel, l'absence de tout écoulement, doit nous faire supposer qu'il y a quelque vice organique. L'examen au spéculum et avec une bougie nous appprendra aussitôt que l'orifice utérin est imperméable.

§ II. — Traitement.

S'il y a accumulation de sang, l'indication est formelle : il faut débrider l'orifice. L'opération n'est pas difficile, mais elle demande un peu de soin. On peut ou non se servir de spéculum, selon qu'on le trouve plus ou moins commode. On placera, dans la direction de l'orifice utérin, la pointe d'un bistouri droit, et l'ouverture sera faite en poussant en haut, jusqu'à ce que le contenu s'échappe; puis on agrandira l'ouverture sur les parties latérales autant qu'il sera nécessaire. On pourra également se servir d'un trocart muni d'un long manche; on laissera la canule, après en avoir rétiré la pointe, jusqu'à ce que l'utérus soit complétement vidé ; on injectera de l'eau tiède dans le vagin, et on appliquera une bande de ventre. Un ou deux jours après que la collection sanguine aura été évacuée, on fera bien d'introduire dans l'ouverture une bougie élastique ou un morceau d'éponge, de façon à conserver l'ouverture béante.

Quant aux cas analogues à ceux de Oldham, dans lesquels il n'y avait pas d'accumulation de liquide et qui n'offrent qu'un inconvénient, la stérilité, l'opération est discutable. Je crois que l'intervention chirurgicale n'est pas indispensable ; mais comme il y a là un vice de conformation, il

me semble que la question doit être laissée à résoudre par la patiente elle-même.

Il y a beaucoup de cas dans lesquels l'orifice est congénialement rétréci, à ce point qu'il est à peine perceptible. Je n'en parle que pour mémoire, comme j'y reviendrai à propos de la dysménorrhée due à une cause mécanique, et à propos de la difficulté du travail résultant de l'extrême étroitesse de l'orifice.

ARTICLE II

OCCLUSION ACQUISE.

L'occlusion du vagin, quand elle est secondaire, est pour ainsi dire virtuellement une occlusion de l'utérus, bien qu'elle n'indique pas en réalité l'imperméabilité de l'orifice utérin. Nous pouvons trouver un orifice clos, le vagin étant dans ses conditions normales. Comme cette distinction détermine des indications spéciales et importantes au point de vue pratique, je traiterai d'abord de l'occlusion partielle, puis de l'occlusion complète de l'orifice utérin, et je dois avant tout dire ce que je dois à Ashwell et Trask (1).

[[L'auteur ne parle de l'occlusion acquise qu'au point de vue de ses rapports avec l'accouchement, il y a lieu cependant de s'en préoccuper en dehors de l'accouchement ; car il est parfois nécessaire au chirurgien d'intervenir pour rétablir un canal par lequel doit s'écouler librement le sang menstruel.]]

I. *Occlusion partielle.* — Je ne veux pas comprendre dans ce chapitre les cas ordinaires d'orifice non dilatable ou rigide pendant un premier ou un second accouchement, mais bien les cas où le col est rendu dur et non dilatable, et où l'orifice est rendu plus étroit par une lésion antérieure. La dénomination d'*occlusion partielle* n'est pas très-exacte, car souvent nous ne pouvons pas dire si réellement l'orifice était plus étroit ; car nous ne sommes souvent appelés qu'au moment du travail, quand l'orifice est déjà légèrement dilaté. La condition essentielle paraît être que, le col ayant antérieurement subi quelque lésion, il existe une modification dans les tissus, telle qu'elle empêchera la dilatation future de l'orifice.

Smellie a publié trois observations fort intéressantes :

Observation I. — L'orifice était fermé par une cicatrice d'une consistance cartilagineuse, résultant d'un accouchement antérieur. Après deux jours d'attente, il fit une incision, mais les parties étaient si rigides, que Smellie fut obligé de terminer l'accouchement avec le perforateur. La patiente mourut vingt-quatre heures après la délivrance (2).

(1) Ashwell et Trask, *American Journal of Medical Science*, juillet 1858, p. 95.
(2) Smellie's *Cases*, vol. III, p. 64.

Observation II. — Des tentatives nombreuses avaient été faites pour dilater l'orifice, mais sans succès, par Burnett et Smellie; mais la patiente mourut non accouchée au milieu d'une convulsion (1).

Observation III. — Après avoir renouvelé avec persistance des tentatives pour dilater l'orifice, Smellie incisa le col avec des ciseaux et amena un enfant au moyen de la version. La malade mourut le quatrième jour (2).

Ashwell rapporte l'observation suivante, d'après Butler :

Observation IV. — La patiente avait vingt-six ou vingt-sept ans. Elle avait subi une opération pour lui constituer un vagin artificiel à l'âge de dix-neuf ans, cinq ans avant son mariage. L'orifice utérin était perméable et admettait l'extrémité du doigt; cependant il ne présentait pas l'apparence d'un orifice ordinaire. Pendant le travail de la parturition, l'orifice ne se dilatait pas, et fut en conséquence débridé en quatre points, la tête fut perforée, et l'accouchement se termina sans déchirure. La convalescence fut longue et la guérison difficile.

Dans un second accouchement, un an et demi après, l'orifice était encore trop petit; de nouvelles incisions furent faites, et un enfant vivant fut amené par le forceps.

Plus tard, cette femme eut des accouchements naturels (3).

Dans le cas observé par Gardner,

Observation V. — L'orifice utérin était dilaté jusqu'à un certain point, mais il demeura dur et rigide, malgré de larges saignées, le tartre stibié et l'opium. Voyant que la position de la femme devenait plus sérieuse, et qu'il n'avait plus d'espoir de la soulager par les moyens ordinaires, le chirurgien fit une incision de chaque côté du col comme ressource ultime. La patiente accoucha heureusement; mais l'enfant était mort et putréfié (4).

Ramsbotham rapporte deux observations où, à un second accouchement, l'orifice, après être resté rigide, se déchira, et les malades succombèrent le quatrième ou le cinquième jour d'inflammation utérine (5). Des observations ont été également publiées par Lever (6) et Laborie (7). Je pourrais encore en citer de nombreux exemples (8).

Les causes de cette occlusion partielle ou extrême rigidité paraissent être soit une lésion organique, ou l'inflammation après un accouchement antécédent ou enfin quelque traumatisme.

(1) Smellie's *Cases*, vol. III, p. 205.
(2) *Ibid.*, p. 211.
(3) Butler, *London Med. Gazette*, vol. XX, p. 589.
(4) Gardner, *American Journal of med. science*. Juillet 1852, p. 27.
(5) Ramsbotham, *Obstetric. Medicine and Surgery*, p. 222.
(6) Lever *in* Ranking's *Abstract.*, vol. II, p. 184.
(7) Laborie *in* Ranking's *Abstract.*, vol. IV, p. 186.
(8) *Brit. and Foreign Review*, vol. VI, p. 235. — *Encyclopédie méd.*, avril 1846. — *Archives générales*, octobre 1830. — *Philadelphian Med. and Phys. Journal*, vol. I, p. 386. — *Dict. des sciences médicales*, vol. XXII, p. 297, etc.

Évidemment cet état du col n'occasionne pas grand dommage, si ce n'est au moment de l'accouchement ; alors il peut en résulter les conséquences les plus graves. Quelquefois la dilatation se fait sous l'influence de la saignée et du tartre stibié, et alors l'accouchement peut se faire naturellement. D'autres fois les contractions sont impuissantes à vaincre l'obstacle, et la malade succombe à l'épuisement.

Enfin, une portion de toute la circonférence du col peut être déchirée, comme cela est indiqué dans les observations de Sterdelé, de Scott (1), de Kennedy (2), de Parr, de Lever, de Johnston (3) : moi-même et d'autres avons signalé des faits semblables (4).

En dernier lieu, il peut se produire une rupture de l'utérus compromettant la vie de la mère et celle de l'enfant.

Trask raconte ainsi les faits qu'il a observés quand ils ont été abandonnés à eux-mêmes : « Dans les observations 26 et 39, les femmes moururent non accouchées à la suite de déchirures de l'utérus. Dans l'observation 34, il y eut déchirure de la paroi postérieure de l'utérus et du rectum, et expulsion du fœtus par l'anus. Dans les observations 35, 36, 37 et 38, le col fut en partie ou entièrement arraché, et les femmes se rétablirent. Dans l'observation 40, le col tout entier fut arraché, et la patiente succomba. » F. Ramsbotham cite un cas où le col tout entier se gangrena à la suite de la compression longtemps exercée par la tête du fœtus.

§ I. — Diagnostic.

Ces faits étant graves, il me paraît important d'asseoir le mieux possible les bases d'un bon diagnostic. A moins qu'un examen ne nous ait révélé l'existence d'une lésion, ou que nous n'ayons la connaissance de blessures faites par des accouchements antérieurs ou par d'autres causes, nous n'aurons probablement aucune base certaine, même pour soupçonner le mal, jusqu'à ce que le travail ait commencé. Si nous avons la certitude qu'il existe une lésion organique du col, nous pouvons prévoir que l'orifice ne se dilatera pas, et après que nous aurons employé tous les moyens usités pour provoquer la dilatation, nous serons assurés que le cas peut être rangé dans ceux que je viens de décrire.

§ II. — Pronostic.

De toute façon, le pronostic est sérieux, mais s'il existe une lésion organique ou quelque maladie actuelle, il devient extrêmement grave.

(1) Scott, *Med.-chir. Transact.*, vol. XI, p. 292.
(2) Kennedy, *Dublin Journal*, vol. XVI, p. 52.
(3) Johnston, *Amer. Med. Journ.*, avril 1851, p. 342.
(4) *Med. Gazette*, 29 août 1848.

§ III. — Traitement.

Nous avons trouvé trois voies ouvertes devant nous. D'abord nous pouvons user des moyens ordinaires, comme de la saignée, du tartre stibié, etc., et abandonner le reste aux efforts de la nature ; deuxièmement, nous pouvons tenter la dilatation artificielle ; enfin, il nous reste à inciser le col, je crois qu'il n'y faut pas insister trop longtemps, de peur de voir l'état général de la femme souffrir beaucoup d'une attente trop longue.

Si tenant compte de la constitution de la femme, nous avons essayé, pendant plus ou moins longtemps et sans succès, de la saignée, du tartre stibié, des bains chauds, etc., et que les symptômes prennent de la gravité, devons-nous attendre que nous puissions appliquer le forceps ou que le col de l'utérus cède sous les efforts de l'organe ? Je ne le crois pas. Rien ne justifierait notre abstention, et les résultats que j'ai signalés en sont une preuve.

Devons-nous nous fier à la dilatation artificielle ? Je ne crois pas que nous devions ne pas tenter ce moyen avant que le travail ait duré trop longtemps, aussitôt que les autres moyens auront prouvé leur inefficacité. Encore ne faut-il pas trop y insister. Si le résultat est rapide, tout est bien ; mais si la tentative dure trop longtemps, les conséquences peuvent en être promptement fatales. Dans quatre cas relatés par Trask, on ne fit que la dilatation ; les quatre femmes succombèrent: l'une à la péritonite, après l'accouchement; l'autre à une déchirure avec hémorrhagie ; une autre à des convulsions, avant qu'elle eût accouché; la dernière, enfin, à une rupture de l'utérus, et elle ne fut pas délivrée.

Quant à l'incision de l'orifice rigide, elle paraît avoir donné d'assez bons résultats, puisque, sur sept femmes qui subirent l'opération, Kask obtint sept guérisons. Le cas de Gardner fut favorable. Baudelocque conseille les incisions après avoir attendu un certain temps et avoir employé les moyens ordinaires sans succès. Chailly (1) rapporte un cas heureux et recommande de faire des incisions multiples, afin d'éviter les déchirures. Cazeaux partage son opinion (2). F. Ramsbotham croit que l'opération est nécessaire dans quelques cas rares.

Lever regarde l'opération comme inoffensive (3). Murphy aime mieux pratiquer les incisions du col qu'attendre la mort de l'enfant pour faire la crâniotomie. Dewes remarque que les avantages de ce moyen ont été suffisamment constatés en Angleterre, et il cite l'observation de Thomas Archer. Retruis (de Stockholm) m'assure que ce moyen a été adopté avec grand succès.

(1) Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5e édition. Paris, 1867
(2) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 7e édition Paris, 1867.
(3) Lever, *Guy's Hospital Reports*, octobre 1845, p. 185.

D'un autre côté, on ne peut nier qu'il n'y ait beaucoup à dire contre ce mode d'intervention. Le danger principal me paraît consister dans l'extension possible de l'incision jusqu'à déchirer le corps de l'utérus, et peut-être aussi dans la crainte d'une hémorrhagie. Nous ne devons pas prendre légèrement un pareil parti ; mais je crois que les faits que j'ai mis en avant suffisent pour autoriser, dans certains cas, lorsque les autres moyens ont failli, le chirurgien à y avoir recours plutôt que d'abandonner l'accouchement aux seuls efforts de la nature, ou de laisser le travail se prolonger trop longtemps en essayant la dilatation artificielle. Kask fait remarquer que les incisions, loin de provoquer des déchirures plus étendues et dangereuses, n'ont produit, dans aucun des cas précédents, de lésion dans les organes voisins, lorsqu'elles ont été convenablement faites. Dans toutes ces observations, on voit qu'elles n'ont causé ni douleur ni hémorrhagie. Dans le seul cas où elles aient été suivies de mort, elles ont été faites après trois jours de douleurs et de fièvre, et lorsque la malade était épuisée. Dans un petit nombre de circonstances, les incisions avaient été faites alors qu'on voyait se manifester des signes d'épuisement, et cependant les malades ont guéri.

Si, comme je pense que nous devons le faire quelquefois, nous constatons l'opportunité de cette opération, à quel moment doit-elle être faite ? Sans doute, les moyens ordinaires doivent d'abord être tentés dans des limites proportionnées à la constitution de la malade, et pendant un temps suffisant pour convaincre qu'il n'y a plus rien à en attendre. Après cette période, il m'est avis que nous risquons inutilement deux existences, en différant les incisions du col. Trask conseille d'y recourir de bonne heure ; il dit : « Quand on pense au danger auquel est exposée la patiente : rupture du corps de l'utérus, déchirures prolongées du col, la gangrène qui peut suivre une compression longtemps prolongée ; et qu'on se rappelle le peu de danger inhérent aux incisions bien faites, nous devons nous sentir encouragés à agir de bonne heure, plutôt que de temporiser. Avec les moyens ordinairement employés, il n'y a point de péril immédiat. La saignée, pour être utile, doit être copieuse, et nous savons que certaines constitutions les supportent mal. Quand la patiente est robuste, les saignées générales, l'émétique, en déprimant le système général, peuvent diminuer la rigidité. Après l'emploi de ces moyens, si la rigidité ne cède pas et qu'on découvre quelque lésion locale, il faut attendre jusqu'à ce qu'il se produise des phénomènes d'épuisement. Puisqu'il est préférable qu'il se fasse une déchirure spontanée des parties rigides, quel avantage y aurait-il à attendre que la malade soit dans un état de prostration irrémédiable avant d'employer le bistouri ? » Le lecteur doit se rappeler que je parle ici non pas des cas de rigidité ordinaire de l'orifice, mais de ceux où elle a été produite par une lésion ou une maladie antérieure.

Il nous reste une question encore à résoudre. Quand le col n'est pas dilatable sous l'influence d'une affection maligne, doit-on avoir recours à

l'incision? Madame Lachapelle (1) cite plusieurs cas de cette espèce dans lesquels des incisions ont été faites, et l'accouchement a été terminé par le forceps; mais les malades ont succombé. J'ai vu deux faits d'ulcération cancéreuse : la déchirure du col se fit spontanément, et les malades sont mortes. Arnott a publié une observation dans laquelle une excroissance morbide, du volume d'une noix, occupait la lèvre antérieure et le côté droit de l'utérus. La masse morbide fut poussée en bas par les contractions utérines, attirée au dehors par des crochets et excisée au moyen de ciseaux courbes. La malade perdit très-peu de sang, l'orifice se dilata aussitôt, et il naquit un enfant vivant. La mère se rétablit, et mourut plus tard de l'affection maligne (2).

Dans la majorité des cas, je crois qu'il y a peu d'espoir de sauver la femme; cependant, à mon avis, il y en a plus par l'incision que par aucun autre moyen. Il est certain que si l'enfant est vivant, c'est encore par ce moyen qu'on lui donnera le plus de chances de vivre, et quand la vie de la mère est compromise par quelque maladie maligne, l'existence de l'enfant prend à nos yeux une importance beaucoup plus grande.

[M. A. Puech (3) a exposé ce qu'il advient des règles, lorsque les voies génitales sont fermées, soit de naissance, soit par accident. Voici quelles sont ses conclusions : ou bien les règles se dévient, ou bien le sang dilate les cavités placées au-dessus de l'obstacle; le premier mode est exceptionnel, le second est ordinaire.

Dans la plupart des cas de la seconde catégorie, l'accroissement mensuel du sang n'a pas d'autres conséquences, quoique l'intervention ait pu se faire attendre huit, quinze et même dix-sept ans ; mais, dans quelques-uns, il survient une sorte d'épuisement nerveux, où les obstacles finissent par être forcés.

La rupture a été observée dix-huit fois: neuf fois elle a porté sur l'obstacle, et a agi soit par éclatement, soit par gangrène ; neuf fois aussi, et par le même mécanisme, elle a porté sur les organes dans lesquels le sang était contenu.

L'*ostium uterinum* a été forcé quinze fois, et le sang a dilaté les trompes ; mais dans cinq cas seulement la rupture s'en est suivie. Cinq fois sur quinze l'atrésie siégeait à l'orifice utérin, et dix fois au vagin.]

II. *Occlusion complète.* — En considérant les observations publiées sur cette affection, on s'est demandé, pour quelques-unes au moins, si la maladie était congénitale ou acquise. La réponse à cette question est dans le fait même d'une grossesse précédente.

Je vais maintenant rapporter dans tous les détails nécessaires les faits

(1) Lachapelle, *Pratique des accouchements.* Paris, 1825, t. III

(2) Arnott, *London Med. Gazette,* décembre 1847, p. 1068.

(3) Puech, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 9 décembre 1861, et *De l'atrésie des voies générales*. Paris, 1864.

que j'ai pu rencontrer, et les conséquences pratiques qu'on en peut tirer. Mais je dois témoigner mes remercîments au docteur Trask, dont les études sur le sujet m'ont été d'un puissant secours.

Thomas Simsom a publié l'observation suivante (1), reproduite par Smellie (2) :

Je me contenterai de la résumer et d'en faire connaître les points importants.

Observation I. — *Femme enceinte dont les parois de la matrice étaient collées ensemble.* — Une femme de quarante ans, atteinte d'un vice de conformation du bassin, devint enceinte pour la première fois. Elle était en travail depuis quatre jours, lorsque Thomas Simson fut appelé près d'elle. Pour la délivrer il dut perforer le crâne, et malgré cela il éprouva de grandes difficultés pour extraire l'enfant. Les organes de la génération furent longtemps le siége d'une abondante suppuration. Cependant, au bout de trois mois environ, elle devint enceinte pour la deuxième fois. Le travail, qui se déclara à terme, durait depuis deux jours lorsque Thomas Simson fut appelé par la sage-femme, qui lui dit que le col était encore fermé. Cinq ou six heures après, il constata, non-seulement que le col de la matrice ne s'était pas dilaté, mais encore « que ses parois étaient collées l'une contre l'autre, sans qu'il restât le moindre vestige de passage. »

Haddow, demandé en consultation, reconnut qu'il en était bien ainsi.

Il fut décidé qu'on pratiquerait une incision. Après avoir écarté les parois du vagin avec deux morceaux de bois aplatis, il fut facile de voir la cicatrice des parties qui s'étaient unies. « Une incision d'un demi-pouce de profondeur devint nécessaire avant d'avoir percé de part en part la substance de cette ouverture. Je sentis la tête de l'enfant, et je m'aperçus que cette circonférence de la plaie était dure comme un cartilage ; et comme elle ne cédait pas à plusieurs efforts que fit la malade après l'incision, je fus obligé de conduire sur mes doigts un petit bistouri étroit pour faire plusieurs incisions à cet anneau cartilagineux. » Il ne s'écoula pas de sang. Sous l'influence des contractions, la dilatation augmenta un peu, mais pas assez pour espérer que la tête, dont les os chevauchaient les uns sur les autres cependant, pût franchir seule l'orifice. Il fallut, comme la première fois, ouvrir le crâne. « Dans cet accouchement, il ne s'écoula ni eau ni sang. L'enfant était tout à fait mollasse, et tout son corps était couvert d'une couche plâtreuse qui nous convainquit qu'il y avait quelque temps qu'il était mort. Le défaut des eaux nous étonna d'abord ; mais je me ressouvins que, dans le temps du travail, la malade nous avait dit qu'elles s'écoulaient, auquel temps, ayant eu la curiosité d'examiner la chose avec soin, je trouvai que ce qu'elle appelait les eaux sortait par l'urèthre qui extérieurement, était ouvert en trois endroits. Cette observation et quelques autres circonstances me firent croire qu'il y avait quelque communication entre les parties et la matrice, au-dessus de l'*os tincæ*, par où s'étaient évacuées les eaux. » Des accidents graves survin-

(1) Th. Simson, *Essais médicaux de la Société d'Edimbourg*, vol. III, art. 19.

(2) Smellie, *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*, traduit de l'anglais par Fréville. Paris, 1765, t. III, in-4, p. 67.

rent presque aussitôt après l'accouchement, et la malade succomba au bout de vingt-quatre heures. On ne put obtenir l'autorisation de faire l'auptosie.

Observation II. — Wright a publié l'observation d'une femme qui avait été à une première grossesse accouchée par les instruments. Il y eut à la suite de cet accouchement de la suppuration. A un second accouchement, après vingt-quatre heures de travail, une tumeur globuleuse, qui n'était autre chose que la tête du fœtus recouverte par l'utérus, fut poussée dans le vagin par les contractions. On ne pouvait découvrir aucune trace de l'orifice; mais au point qu'il aurait dû occuper, on trouvait un noyau dur, d'où rayonnaient trois cicatrices. On administra de l'opium qui suspendit les douleurs dans l'après-midi et la nuit. Les douleurs revinrent intenses à sept heures du matin et la rupture de l'utérus était à craindre. Pendant que le doigt était sur le point central, on put constater que quelque chose se déchirait, et après deux douleurs, le doigt pénétra dans la cavité. Cette déchirure se prolongea dans la direction des cicatrices, et à cinq heures du matin l'orifice était si large, que les membranes se rompirent. Pendant trois heures la tête n'avança pas, la malade était agitée, elle avait de la céphalalgie, et alors une application de forceps la délivra d'un enfant bien portant. Elle se rétablit en dix jours. Elle avait encore à cette époque un écoulement purulent qui cessa une semaine après (1).

Observation III. — Elle est due à Caffe (2). — « Le 4 décembre 1833, à six heures du matin, je fus appelé chez madame Mouray, sage-femme, rue Vieille-du-Temple, n° 110, pour aider de mes conseils une dame arrivée la veille au matin et parvenue au terme de sa gestation. Cette dame, âgée de trente-neuf ans et huit mois, de bonne constitution, n'avait jamais eu que de passagères indispositions, trois accouchements naturels, faciles, le dernier il y a environ huit ans. Sa grossesse actuelle, m'assura-t-elle d'abord, n'avait donné lieu à aucun accident et n'avait dérangé en rien sa santé ordinaire. Les douleurs pour accoucher persistaient depuis environ trente heures. La sage-femme, madame Mouray, avait, dès le commencement et à plusieurs reprises, porté le doigt au sommet du vagin. Elle ne put jamais reconnaître la présence du col ni son orifice. Dans l'après-midi, elle fait prendre un bain à la malade, qui en éprouve un soulagement passager. Mais les douleurs recommencent bientôt avec plus d'intensité et sont accompagnées de contractions utérines très-manifestes lorsqu'on place la main sur les parois abdominales. Le vagin reste sec, point d'écoulement de sérosité. Madame Mouray, voyant bien qu'elle avait affaire à un cas anormal, jugea prudente l'intervention d'un médecin, qui dut hésiter pour reconnaître une oblitération complète du col, croyant sans doute qu'il avait affaire à une déviation de cet organe. Il existait une médiocre antéversion du col de la matrice. Le médecin proposa, comme moyen conditionnel, l'emploi d'un pessaire, voulant néanmoins en retarder l'introduction jusqu'au jour. Sa visite eut lieu sur les

(1) Wright, *Montreal med Gazette* et *London med. Gaz.*, 1846, p. 688.

(2) *Journal hebdomadaire des progrès des sciences et institutions médicales*, 6e année, t. I, mars 1834, et Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5e édition, Paris, 1867.

trois heures du matin. Je fus prévenu dans cet intervalle, et sur les six heures je pus voir la malade. Instruit des commémoratifs déjà mentionnés, je procédai immédiatement au toucher, soit en faisant conserver la position horizontale, soit en faisant tenir la malade debout ou sur les genoux. Dans toutes ces positions et apportant l'attention la plus scrupuleuse, je reconnus l'état suivant : Le vagin présente 5 pouces dans son diamètre vulvo-utérin ; sa paroi supérieure, qui est fortement tuméfiée, produit une espèce de bourrelet remplissant une partie de la capacité du vagin, reste rouge et sans mucosités. Le sommet du vagin se termine brusquement; il peut se comparer à un cylindre fermé, sans saillie aucune dans son intérieur et sans aucune trace du col utérin. Près de la paroi recto-vaginale, presque sur le raphé médian, on touche un pli d'une ligne de dimension, donnant la sensation d'une petite corde tendue; sur les côtés de ce repli et ailleurs, on ne peut distinguer le moindre orifice utérin, soit avec le doigt, soit en guidant sur ce dernier un petit stylet boutonné. Pendant les contractions violentes, la pulpe du doigt éprouve un mouvement communiqué, mais sans que l'utérus vienne communiquer au sommet du vagin.

« Cet examen des parties achevé, force me fut de reconnaître un fait tout à fait nouveau pour moi et dont je n'avais pas même rencontré d'analogue. Je jugeai l'opération césarienne vaginale indispensable; mais ne voulant rien précipiter, je fis part à la malade de la gravité de sa position et de sa rareté. Je demandai que l'on m'adjoignît les conseils de professeurs d'accouchement. Sur les huit heures, Jules Hatin fut prié de venir; comme moi il reconnut et apprécia les circonstances que j'ai énoncées. L'opération fut décidée pour quatre heures de relevée. A l'heure convenue, nous revîmes la malade. Les contractions utérines n'acquéraient pas une violence trop alarmante. Hatin me fit observer que l'état de cette femme permettait de temporiser encore, et que l'intérêt de la science, à laquelle ce cas se rattachait, exigeait que nous en rendissions témoins plusieurs hommes compétents, notamment Velpeau, qui, comme on l'a vu précédemment, niait la possibilité du fait.

« En conséquence, renvoyant à une heure plus éloignée l'opération déterminée, et recommandant à madame Mouray, sage-femme instruite, une surveillance active auprès de la malade, pour modérer ses douleurs, ou pour éviter tout mouvement inopportun, je pus bientôt ramener Velpeau, Lenoir, Larcher. Tous constatèrent mon diagnostic et confirmèrent la nécessité de l'opération, que je pratiquai à onze heures moins un quart, en présence de Hatin, de Roussel, prosecteur de ses cours, et de Pertusion, médecin italien. L'emploi du spéculum était impossible, et tout à fait inutile, par la saillie du bourrelet muqueux du vagin qui ne pouvait être refoulé, et d'autre part, vu l'extrême étroitesse de ce conduit. La femme, placée sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la taille, les cuisses et le bassin maintenus par des aides, j'introduisis sur l'index de la main gauche et à plat, un bistouri droit à lame étroite, recouverte d'une bande de toile jusqu'à six lignes de sa pointe, protégée par une boulette de cire. Arrivé au sommet du vagin, avec la main droite je relevai le bistouri, le dos regardant la pulpe du doigt conducteur, et divisai couche par couche la paroi antérieure de la matrice, en dirigeant l'incision du rectum vers la vessie, ayant soin de la circonscrire à 5 lignes environ d'étendue en hauteur. Les contractions de l'utérus aidaient

à la division. Après une section d'environ 3 lignes de profondeur, je reconnus que j'avais divisé toute l'épaisseur de la paroi, et que j'étais arrivé dans la cavité utérine. En effet, aussitôt s'écoulent près de 4 onces d'un liquide demi-consistant, de couleur lie de vin et tout à fait inodore. La tête de l'enfant se présente à l'ouverture dans la seconde position (occipito-cotyloïdienne droite). Chacun des spectateurs s'assure par le toucher du résultat de l'incision. Pour éviter et prévenir toute déchirure, je porte de nouveau un bistouri boutonné et encore garni de linge jusque près de son extrémité. Je pratique de dedans en dehors deux incisions latérales, l'une à droite, l'autre à gauche, dans l'étendue de quelques lignes seulement. La forme cruciale de ces incisions fut effacée à l'instant par une contraction utérine, qui rendit ovalaire et élargit de beaucoup l'ouverture, sans cependant donner lieu à l'une de ces déchirures regardées comme si graves par quelques auteurs et qui seraient l'écueil de cette opération. Guidé par des connaissances anatomiques capables de me rassurer, je n'hésitai pas à pratiquer une opération indispensable, malgré les craintes sérieuses que Velpeau avait manifestées sur ses résultats. De plus, en adoptant le principe du débridement multiple, proposé par Vidal (de Cassis) pour l'opération de la hernie et de la taille, j'étais sûr d'obtenir une dilatation considérable, sans dépasser les bornes au delà desquelles l'opération devenait très-dangereuse.

« La femme n'accuse aucune douleur pendant l'opération; elle dit seulement éprouver la sensation et entendre le bruit d'une feuille de parchemin que l'on diviserait. Il n'y a pas la plus légère hémorrhagie. La malade est replacée convenablement. Les douleurs de la parturition se succèdent régulièrement. Une heure après, la sage-femme reçoit, en ma présence, un enfant vivant du sexe féminin, et pesant sept livres. La délivrance ne se fait pas attendre.

« Je touchai alors la malade ; l'utérus, revenu sur lui-même, avait singulièrement restreint l'étendue de l'ouverture. Je jugeai inutile de placer entre les lèvres de la section une sonde de gomme élastique, une mèche ou tout autre corps. Les lochies devaient empêcher l'adhérence. Les suites de couches furent des plus heureuses, aucun accident ne vint les traverser : madame X... se leva le sixième jour, et le neuvième elle quitta la sage-femme pour rentrer dans son domicile.

« Depuis lors, jusqu'à ce jour, madame X... s'est présentée souvent à moi. Une ouverture d'un petit calibre et irrégulière se conservait au niveau du point de la matrice qui a supporté l'opération. On n'y distinguait aucune saillie, aucune trace du col. Dès que l'écoulement des lochies eut cessé, j'eus la précaution d'introduire à plusieurs reprises et de maintenir pendant quelques heures, dans l'ouverture utérine, une bougie de gomme élastique, afin d'empêcher l'adhérence des bords de l'ouverture.

« Environ vers la sixième semaine après ses couches, madame X..., au sortir du bain, a vu suinter le fluide menstruel. Cet écoulement a été très-peu marqué. On doit se rappeler que le sujet est âgé de près de quarante ans, qu'il est doué d'un tempérament sec et très-sanguin ; qu'en outre, avant cette dernière grossesse, à chaque époque, ses règles diminuaient de plus en plus de durée et de quantité. Plus tard, la seconde époque menstruelle eut lieu, plus abondante que la première et sans aucune douleur.

« La rareté de cette oblitération de matrice avec disparition du col dut m'engager à en rechercher la cause. Je la soupçonnais due à des accidents inflammatoires ; mais ce ne fut pas sans peine et sans interrogations réitérées avec instance pendant plusieurs jours, que je pus parvenir à confirmer ma prévision. L'opérée avait, pendant les premiers mois de sa grossesse, pratiqué des injections dans le vagin et jusque dans l'intérieur de la matrice, au moyen d'une sonde de gomme élastique qu'elle introduisait elle-même, en se servant d'une solution de cendres de foyer. Elle avait ressenti de très-vives douleurs, intolérables chaque fois qu'elle recommençait cette manœuvre; elle aperçut aussi de la suppuration et la chute de quelques pellicules. »

Dans l'observation de Waller :

Observation IV. — La malade avait eu, trois ans et demi auparavant, une fièvre puerpérale, suivie d'un écoulement purulent pendant plusieurs mois, lequel se reproduisit à des intervalles plus ou moins éloignés. Le col s'était gangrené, et le mari de la patiente (un médecin) s'aperçut plus tard que l'orifice était oblitéré par une membrane indurée. La malade avait dépassé de trois semaines le terme de sa grossesse et ne sentait plus remuer l'enfant depuis quelque temps. Il y avait eu quelques douleurs pendant quelques jours, mais celles-ci n'augmentaient pas. Un jour plus tard, Blundell découvrit une petite dépression à côté de l'ancien orifice. Aussitôt après, la patiente eut des douleurs expultrices. A minuit, elle avait perdu une petite quantité de liquide ; mais on ne pouvait constater aucun orifice. Le pouls était très-fréquent, et il s'était manifesté une forte transpiration.

La malade fut abandonnée et revue seulement à dix heures du matin : on la trouva très-abattue. Après midi, l'orifice était entr'ouvert, mais les bords en étaient frangés, et il en pendait un lambeau de membrane granuleuse et dure. La prostration augmentait. L'accoucheur introduisit la main dans l'utérus et termina l'accouchement par la version. Une hémorrhagie légère suivit la délivrance, et la femme mourut une demi-heure après. L'enfant paraissait avoir succombé depuis plusieurs jours (1).

Deux observations ont été publiées par Naegelé :

Observations V et VI. — Dans les deux, l'orifice était excessivement petit, et l'occlusion était causée par une membrane celluleuse qui le remplissait. Le segment inférieur de l'utérus était tendu et dur, de sorte que, dans un cas, il ressemblait à une poche d'eau. Le sujet d'une de ces observations était grasse et pléthorique, et, bien qu'elle eût été saignée quatre fois, à chaque douleur le sang s'échappait du nez et de la bouche : La seconde femme avait été en travail pendant deux jours et deux nuits. Dans les deux cas, la membrane fut traversée par une sonde de femme. Il n'y avait pas trace de déchirure. Les femmes accouchèrent spontanément, et les enfants naquirent vivants (2).

(1) Waller, *Guy's Hospital Reports*, vol. IV, p. 120.

(2) H.-F. Naegelé, *De Mogostocia e conglutinatione orificii uteri externi Comment.* Heidelberg, 1835, et *Traité pratique de l'art des accouchements*, trad. par Aubenas. Paris, 1869, p. 499.

Lauverjat rapporte l'observation suivante (1) :

Observation VII. — Le 18 août 1784, la dame Pinard, après avoir parcouru le temps ordinaire de la grossesse, ressentit les douleurs de l'enfantement. Elles étaient si vives, qu'elles l'obligeaient à faire les plus violents efforts. Je la vis alors. Elle m'apprit que c'était sa première grossesse, et que depuis ce temps elle souffrait beaucoup en s'asseyant. Cherchant aussitôt à m'assurer de son état, je fus surpris de rencontrer à la vulve une tumeur lisse qui la remplissait, la dépassait et cédait facilement à la pression du doigt, excepté à l'instant de la douleur. Parcourant la tumeur, mon étonnement augmenta en ne rencontrant dans toute la circonférence qu'un cul-de-sac d'un demi-pouce de profondeur au plus, et nulle ouverture qui pût permettre la sortie de l'enfant ; je distinguai la tête à travers les parois de la tumeur. Ce cas extraordinaire me détermina à porter le doigt dans l'anus, pour m'assurer si l'orifice de la matrice ne s'y était point dévié, comme je l'avais déjà vu; mais cela n'était point. Je mandai plusieurs confrères, qui reconnurent tous ce que j'avais remarqué. Pour nous convaincre, nous crûmes nécessaire de voir les parties. Alors nous distinguâmes une petite déchirure qui n'intéressait qu'une partie de l'épaisseur de l'enveloppe de la tumeur. Je crus que cette déchirure indiquait l'endroit où je devais inciser, s'il était nécessaire. Les consultants furent de cet avis. J'opérai sur-le-champ. Je glissai ensuite le doigt dans l'ouverture que j'avais faite : il se trouva dans une cavité dont les parois étaient lisses et humectées. La tête y était contenue. Je ne distinguai aucune trace de col ni d'orifice de la matrice, et j'atteste que j'étais dans sa cavité. Il en sortit, à l'instant de l'opération, une eau bourbeuse; aussitôt la tête se présenta et franchit l'ouverture que je venais de pratiquer; sa paroi latérale droite subit une petite dilacération; le reste du corps de l'enfant ne tarda pas à suivre la tête. Je réintroduisis le doigt dans la cavité que l'enfant venait d'abandonner, et je la trouvai telle que je l'ai dit. Le délivre s'offrit à mon doigt, il sortit promptement. Ma main portée dans la loge isolée ne reconnut que la cavité de la matrice, et rien de semblable à son col ni à son orifice, et je suis très-convaincu que j'ai incisé la partie inférieure de ce viscère, qui a subi quelque engorgement et une légère inflammation.

Du reste, la couche a été franche, et j'ai senti la cicatrice des parois incisées se faire par gradation. Il est cependant resté pendant quelque temps une ouverture suffisante pour l'écoulement des lochies. Deux mois après l'opération, j'ai touché le col et l'orifice de la matrice dans leur état naturel.

Il est probable que l'impossibilité de toucher l'orifice de la matrice avant l'opération a dépendu de l'obliquité contre nature de ce viscère. Du reste, cette observation et celles citées plus haut convainquent que l'opération césarienne vaginale n'entraînera point de danger après elle.

Flamant (2) a consigné un fait à ajouter à ceux qui établissent qu'il arrive quelquefois que l'on ne trouve pas d'orifice à la matrice chez les femmes en travail. Cette observation lui avait été remise par Lobstein.

(1) Lauverjat, *Nouvelle Méthode de pratiquer l'opération césarienne*. Paris, 1788.
(2) Flamant, *De l'opération césarienne, Dissertation à l'occasion du concours qui eut*

Observation VIII. — Anne-Marie Drech, âgée de trente ans, d'une petite taille, régulièrement conformée, fut reçue à l'hôpital civil de Strasbourg, le 11 janvier 1811, dans le septième mois de sa grossesse.

Le toucher ayant été pratiqué, on reconnut que le col de la matrice offrait une conformation toute particulière : au centre on rencontrait, au lieu d'un orifice, une bride transversale ayant l'apparence d'une cicatrice.

Les premières douleurs commencèrent le 25 avril, mais ne produisirent aucun changement sur le col. J'espérais que l'orifice utérin deviendrait perceptible, et qu'il s'ouvrirait par la suite du travail, et j'étais d'autant plus fondé à le croire, qu'il sortait du vagin une liqueur semblable aux eaux de l'amnios, qu'on aurait teinte de méconium. Cependant toute la journée du 26 se passa sans qu'il parût aucun orifice, quoique les douleurs fussent fortes et continues, et que la tête du fœtus se fût engagée tant soit peu dans le détroit, et eût abaissé la portion du corps de la matrice qui lui correspondait.

Croyant m'être trompé dans la recherche de l'orifice utérin, je portai ma main tout entière dans le vagin, et jusqu'au cul-de-sac que forme ce canal postérieurement; mais je ne le découvris nulle part.

Il y avait plus de quarante-huit heures que la femme était en travail; les forces commençaient à s'épuiser; il était temps de prendre un parti définitif. J'appelai en consultation Flamant et Caillot, qui après avoir scrupuleusement examiné l'état des parties, constatèrent l'absence de l'orifice utérin, et reconnurent avec moi la nécessité de l'hystérotomie vaginale, comme le seul moyen indiqué en pareille circonstance. Cette opération fut pratiquée le 27 avril, cinquante-six heures après le commencement du travail.

Les contractions ayant déjà cessé depuis plusieurs heures, on se détermina à appliquer le forceps dès que la tête du fœtus eut été découverte dans une étendue suffisante. Mais l'extraction en fut difficile; et deux personnes ayant été obligées de tirer en même temps sur les branches de l'instrument, l'enfant fut amené mort; les suites de couches ne laissèrent pas d'être heureuses.

L'incision que l'on avait pratiquée sur la paroi antérieure de la matrice avec le bistouri caché, inventé par Flamant pour cette opération, ayant été examinée à diverses reprises, voici ce qu'on observa. Quinze jours après l'accouchement, les quatre lambeaux (de l'incision) avaient disparu, les bords de la plaie étaient arrondis, et il en était résulté un orifice circulaire, mais qui était largement ouvert, au point que la matrice et le vagin ne formaient, pour ainsi dire, qu'une seule et même cavité. Un second examen fait huit jours plus tard fit voir que le nouvel orifice utérin s'était tellement rétréci, qu'on aurait eu de la peine à y introduire une plume à écrire. Lobstein, craignant son occlusion complète, y plaça une sonde de femme : mais cet instrument devint si incommode à l'accouchée, et occasionna des douleurs si vives, qu'il fut contraint de le retirer au bout de six jours. Examinée de nouveau, la division parut oblitérée; et le lieu où existait l'orifice artificiel n'était plus marqué que par un petit enfoncement entouré de quelques mamelons assez durs, à travers lesquels a dû passer le sang menstruel qui s'annonça deux mois après la section du corps de l'utérus.

lieu en 1811, *à la Faculté de médecine de Paris, pour une chaire d'accouchements*; Paris, 1811; et Gardien, *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1818, t. XXIII, p. 303, art. Hystérotomie.

§ I. — Causes.

Dans certains cas, la lésion du col dépend d'interventions chirurgicales dans un accouchement antérieur; dans d'autres, elle dépend de l'inflammation de l'utérus après un travail régulier; dans d'autres enfin, de l'inflammation utérine après un avortement; on a vu aussi l'inflammation être liée à une descente de l'utérus. Quelquefois elle fut la conséquence de tentatives criminelles; une fois enfin l'occlusion paraissait congénitale.

L'état des organes au moment de l'accouchement peut varier beaucoup. On peut trouver la tête coiffée par le col, apparaissant sous la forme d'une tumeur globuleuse, sans orifice; ou bien il peut y avoir des cicatrices sur la tumeur. Le tissu qui recouvre la tête peut varier en épaisseur et en densité. L'orifice peut manquer tout à fait, la place même n'en est pas indiquée; il peut y avoir une dépression, ou encore un orifice dont l'aire serait obstruée par une membrane. Ces derniers cas ont été désignés par Naegelé sous le nom de *conglutination de l'orifice*, et il considère la membrane oblitérante comme produite par l'inflammation du col utérin. La résistance de cette membrane varie beaucoup. Ashwell, d'accord avec Naegelé, a observé que cet orifice, normalement très-petit, présente, chez certaines femmes, la forme d'une étroite ouverture circulaire au lieu de celle d'une fente transversale. Dans l'une ou l'autre de ces conditions, l'oblitération complète de l'orifice peut être produite même par une légère inflammation, après la conception, ce qui ne modifierait en rien la santé de la femme, et ne troublerait pas la marche de la grossesse. Il faut se rappeler qu'une pareille oblitération peut n'être accompagnée par aucune autre de ces parties. L'adhérence peut être solide et complète sans qu'il y ait aucune induration squirrheuse. Le col utérin sera poussé en bas par les contractions de l'organe, et la sensation au toucher n'offrira d'autre différence avec l'état normal que l'absence d'orifice (1).

D'autres auteurs ne voient pas dans certains cas un résultat de l'inflammation. Ainsi Jacquemier se demande « s'il y a une véritable agglutination. Cette prétendue membrane, ajoute-t-il, ne serait-elle pas autre chose qu'une portion hypertrophiée de la caduque? Ces cas ne sont-ils pas plutôt des cas de simple rigidité du col (2)?

Autant que j'en puisse juger, il me semble que la plupart de ces observations se rattachent à des faits d'inflammation. Dans d'autres cependant il est probable qu'on a eu affaire à des vices de conformation congénitaux.

Dans les cas précédents, on se demandera si l'inflammation a été postérieure à la conception. Souvent cette hypothèse a pu être regardée comme probable; d'autres fois, on a pu la mettre en doute. Si l'orifice

(1) Ashwell, *Guy's Hospital Reports*, vol. IV.
(2) Jacquemier, *Manuel des accouchements*. Paris, 1846, t. II, p. 181.

utérin a été oblitéré avant la conception, comment la fécondation a-t-elle eu lieu ? La question me paraît tout aussi difficile à résoudre que dans certains cas d'occlusion du vagin que j'ai rapportés dans ce livre. Nous devons admettre qu'il a subsisté quelque petit pertuis inappréciable aux recherches les plus minutieuses et qui aurait permis l'accès de la liqueur séminale.

Mattei a publié sur ce sujet (1) un mémoire appuyé sur quarante observations déjà publiées et sur deux faits qui lui sont personnels. Voici quelles sont les conclusions de son travail :

1° L'occlusion complète du col utérin, soit à ses orifices, soit dans sa cavité même, peut se faire par suite d'une inflammation locale ; mais, dans la plupart des cas (19 sur 31 notés), elle résulte de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le col pendant la gestation.

2° L'oblitération n'empêche guère la grossesse d'arriver à terme ; quelquefois même elle est cause de son prolongement et ne décèle sa présence qu'au moment du travail. Le toucher seul peut la constater, et si un ou deux doigts ne suffisaient pas à lever les doutes, on doit introduire toute la main dans le vagin.

3° Cette occlusion est ordinairement assez solide pour résister aux efforts naturels du travail (36 fois sur 42), si bien que, dans quelques cas (3 fois sur 42), la femme est morte non accouchée. Dans les cas même où l'on est intervenu un peu tard, on a eu à déplorer souvent la mort de l'enfant (7 fois sur 28 notés), quelquefois même la mort de la mère (2 fois sur 28 notés).

4° Les moyens employés pour diviser l'obstacle ont été l'ongle ou la sonde de femme, lorsque l'obstacle était peu résistant. On peut donc tenter ces moyens. Là où ils ont été insuffisants, on a employé les ciseaux ou le bistouri.

5° Ce dernier a été le plus généralement préféré ; mais comme on doit s'en servir au fond du vagin et ordinairement sans le secours de la vue ; comme il divise des tissus éminemment vasculaires et qu'il occasionne une perte de sang ; comme les angles de la plaie, en l'agrandissant, peuvent propager au loin la déchirure ; enfin, là où la tête du fœtus repose exactement sur les tissus à diviser, comme on peut être exposé à diviser aussi les parties fœtales, pour tous ces motifs, l'usage du bistouri n'est pas sans danger.

6° Dans tous ces cas, on pourra remplacer le bistouri par le bec de la sonde cannelée appuyé avec force, pendant la contraction utérine, sur le point le plus déclive de la tumeur, et lorsqu'il est reconnaissable, sur le point qu'occupe le col. Par ce moyen, que j'ai le premier employé, je crois, on creuse en quelque sorte une ouverture à travers les tissus utérins, tout en évitant les dangers auxquels expose le bistouri.

[Depaul, en 1860, a publié sur ce sujet un mémoire (2) qui ne permet plus de doutes sur les cas d'occlusion complète du col utérin. Comme on

(1) Mattei, *De la dystocie par oblitération complète du col utérin.* (*Bull. de l'Acad. de Méd.* Paris, 1861-1862, t. XXVII, p. 969.)

(2) Depaul, *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte, et de l'opération qu'elle réclame* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1860, t. XXIV, p. 491).

l'a vu, cette lésion avait déjà été signalée. Mais Depaul a constaté et fait constater par des témoins tels que P. Dubois, les trois faits qu'il a observés lui-même. Comme l'obstacle ne parvient à la connaissance du médecin qu'au moment de l'accouchement, Depaul dit que les causes n'en peuvent être que très-hypothétiques, et il est convaincu « que ces phénomènes ne peuvent dépendre que de conditions particulières qui nous sont inconnues. » L'oblitération siége soit à l'orifice interne, soit à l'orifice externe ; le doigt suffira le plus souvent à constater l'absence d'orifice, mais l'examen direct au moyen du spéculum sera nécessaire pour préciser le siége et la disposition des cicatrices. Car ce sera sur ce point que devra porter l'action chirurgicale afin d'éviter les accidents que sans elle Depaul regarde comme presque inévitables, tels que rupture du corps de l'utérus, déchirure du col. pouvant s'étendre en dehors de la portion vaginale.

Depaul considère comme un *succès malheureux*, un cas d'oblitération incomplète du col, vaincu par les seuls efforts des contractions utérines, au moment de l'accouchement (1).

Voici, suivant Depaul, le procédé opératoire qu'il faudra toujours adopter dans les cas d'oblitération complète du col : « Le chirurgien devra détruire cette oblitération au moyen de l'instrument tranchant, il incisera le tissu du col à l'aide du bistouri ou mieux des ciseaux; il arrivera graduellement à perforer la paroi. Après ce premier temps, qui est le plus délicat, on agrandira l'orifice par des débridements multiples en divers sens. « Les suites de l'opération sont presque nulles et mettent la femme dans les conditions d'un accouchement ordinaire. L'innocuité de l'opération est démontrée par les observations de Depaul et par celles qu'il a pu recueillir dans les auteurs.

Ces observations sont au nombre de huit, auxquelles il faut joindre celles que cite Churchill, celles de Gautier (2) et de Thomas de Corral (3), de Baudelocque (4), de Pagan (5).]

§ II. — Diagnostic.

A première vue, il semblerait que le diagnostic dût être des plus simples. Mais dans certains cas d'obliquité extrême de l'utérus, il faut une grande patience et un grand soin pour découvrir l'orifice utérin. Je n'ai jamais eu pour ma part à compter avec des cas de cette nature. Mais si un examen très-minutieux de la tumeur au détroit supérieur n'a pas permis de constater la présence d'un orifice, les contractions, si toutefois il n'y a

(1) *Gazette médicale*, 1837, p. 247, fait publié par le docteur Bleynie.
(2) Gautier, *Journal de médecine* de Corvisart et Leroux, vendémiaire an XII.
(3) Th. de Corral, *Journal de chirurgie*, 1845, t. III, p. 216.
(4) Baudelocque, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 4 septembre 1854.
(5) Pagan, *The London and Edinburgh monthly journal*, janvier 1842, et *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1842, t. V, p. 246.

aucun vice de conformation, chassant la tumeur vers le détroit inférieur, on atteindra alors facilement l'orifice, s'il existe.

Quand l'orifice utérin est très-petit, il peut se passer quelques heures avant qu'on le sente parfaitement; mais si les douleurs sont continues, l'orifice deviendra manifeste avant qu'il se soit développé aucun symptôme alarmant.

§ III. — Pronostic.

Dans tous les cas le pronostic est très-sérieux. Le choix n'existe qu'entre l'attente d'une ouverture spontanée, ou l'opération d'une ouverture artificielle. Dans l'une ou l'autre alternative, il y a de graves dangers, soit la mort de la patiente, les douleurs étant insuffisantes à surmonter l'obstacle, soit la rupture de l'utérus.

§ IV. — Traitement.

Parmi les observations que j'ai relatées, on en trouve une où l'on s'est dispensé de toute intervention, à cause de l'existence d'une fièvre vive. La patiente mourut non accouchée.

Dans d'autres, on laissa les accouchées arriver à un point où l'intervention ne fut plus d'aucun secours.

Dans une autre série, plus favorable, l'obstacle céda spontanément après de nombreuses heures de souffrances.

La conclusion que nous pouvons tirer de ces exemples est que nous avons tout à perdre à rester inactifs, et à abandonner la femme aux seules ressources de la nature. Je crois qu'il est du devoir de tout médecin de chercher à enlever ou à détruire l'obstacle aussitôt qu'il en a clairement constaté l'existence, et qu'il a pu supposer que celui-ci est de nature à ne pas céder aux contractions utérines, et avant que les forces de la femme soient épuisées. Dans cinq cas où cette règle de conduite a été suivie, la mère et l'enfant ont été sauvés; et dans quatre autres cas la mère s'est rétablie. Deux fois seulement la mort a suivi l'hystérotomie vaginale, et dans ces deux circonstances l'opération avait été faite tardivement.

Je ne pense pas qu'il y ait plus de danger, si l'incision s'étend au delà des limites prévues, que s'il se produit une déchirure spontanée ; et je ne doute pas un seul instant que l'opération faite de bonne heure ne soit d'un grand avantage pour l'enfant. Je ne trouve aucun inconvénient à l'emploi de la saignée et de l'émétique au début du travail, pourvu qu'on ne perde pas trop de temps. Aussi faut-il avoir recours à l'opération, quand on prévoit l'inutilité de ces moyens, et avant que les douleurs deviennent insuffisantes.

Après nous être prononcé sur l'opportunité de l'opération, nous n'aurons pas de peine à nous entendre sur le procédé opératoire. Si l'orifice

est oblitéré par une membrane mince, nous pourrons nous conformer à la recommandation de Naegelé et la traverser avec le doigt, avec la sonde de femme ou tout autre instrument mousse. Si la membrane est trop résistante, ou si nous ne pouvons déterminer le siége du col utérin, il faut, au moyen de ciseaux ou d'un bistouri, faire une incision latérale, bilatérale ou cruciale, assez étendue pour permettre à la tête de descendre. Généralement l'incision n'est pas douloureuse et ne donne lieu à aucune hémorrhagie. Si la femme est épuisée, les contractions peuvent être insuffisantes à expulser l'enfant : nous pourrons être obligés alors de faire usage du forceps, ou plus rarement du crochet; mais ces moyens seront superflus, si l'opération est faite de bonne heure. On devra, pendant la convalescence, veiller avec soin à maintenir l'orifice ouvert : il a la plus grande tendance à se refermer, et souvent il sera indispensable de recourir à l'introduction d'un corps étranger, de la charpie enduite d'un corps gras, un morceau d'éponge ou une bougie élastique.

CHAPITRE II

AMÉNORRHÉE.

Les maladies de l'utérus peuvent être divisées en *maladies fonctionnelles* et *maladies organiques;* mais cette division a plus d'avantage en pratique que dans l'étude de la pathologie. Nous ne pouvons guère admettre un trouble fonctionnel sans l'existence possible d'une lésion moléculaire de l'organe malade. Mais il est certain cependant que des troubles même graves peuvent survenir sans que nos moyens d'exploration nous permettent de constater aucune modification organique. Ces considérations ne doivent pas s'appliquer à notre troisième variété de troubles menstruels, car dans cette dernière catégorie il y a, je le crois, toujours lésion organique.

Ces troubles de la menstruation se divisent en trois classes :

1° L'aménorrhée, comprenant l'absence complète ou la suppression de la menstruation, et la menstruation supplémentaire ;

2° La dysménorrhée, c'est-à-dire la menstruation difficile ou laborieuse ;

3° La ménorrhagie ou menstruation excessive.

Denman, Burns, Hamilton, Dewees, Locock et la généralité des auteurs anglais divisent les troubles de la menstruation comme je l'ai fait moi-même. Blundell ajoute une autre division, sous le titre de *menstruation pernicieuse* (*offensive catamenia*); Capuron, Nauche, Boivin et Dugès adoptent une division analogue. Carus comprend dans la menstruation irrégulière le retard dans l'apparition des règles, la menstruation incomplète, l'apparition précoce des règles, et la suppression des règles. Siebold a fait

un chapitre spécial sur l'apparition tardive ou précoce, sur l'écoulement excessif ou insuffisant des règles, sur la menstruation douloureuse et sur la menstruation supplémentaire. A ces divers chapitres, Jœrg en ajoute un sur la menstruation trop fréquente ou trop rare. Mende a adopté un plan analogue. Il est impossible de comprendre dans un seul plan toutes ces variétés. Il y aura toujours des faits qui ne rentreront dans aucun de ces chapitres, offrant des caractères communs avec des faits d'une autre catégorie, et qu'une longue expérience peut seule nous permettre d'élucider.

Il existe une source d'erreurs que je dois signaler, surtout au moment où je m'occupe de la classification des troubles menstruels. Les femmes, pour exprimer que cette fonction s'exécute bien, disent que leurs époques sont régulières. Des deux côtés, un sentiment de pudeur fait qu'on se contente de cette assertion, quand une enquête plus approfondie aurait démontré qu'elles ne sont rien moins que régulières ; car il ne faut pas oublier que des variations dans la quantité et dans la qualité de l'écoulement sont tout aussi importantes à noter qu'aucune autre particularité.

[[Ces divisions générales une fois établies, voyons ce que l'on doit désigner sous le nom d'aménorrhée.

M. Raciborski définit l'aménorrhée : « un trouble de la menstruation caractérisé par l'absence de l'exhalation physiologique du sang par la tunique interne de l'utérus (1). »

M. Bernutz donne la définition suivante : « L'aménorrhée est l'absence extérieure complète ou incomplète du flux sanguin périodique auquel les femmes sont mensuellement soumises pendant toute la durée de leur nubilité (2). »

Cette seconde définition est plus complète que la première en ce qu'elle comprend non-seulement l'absence de l'exhalation physiologique du sang par la muqueuse utérine, mais encore ceux où le sang étant exhalé par cette muqueuse n'est pas expulsé au dehors.

D'après cette dernière définition nous pouvons diviser l'*aménorrhée* en deux classes.

1° Dans la première le sang n'est pas exhalé par la muqueuse utérine ou bien cesse de l'être, nous la désignerons sous le nom d'*aménorrhée proprement dite.*

2° Dans la seconde le sang est exhalé par la muqueuse utérine, mais il n'est pas épanché au dehors, par suite d'un obstacle siégeant soit au col utérin, soit même à la vulve. — Cette seconde variété sera désignée sous le nom d'*aménorrhée par rétention.*]]

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 570.
(2) Bernutz, *Nouveau Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*. Paris, 1864, t. II, p. 4, art. Aménorrhée.

ARTICLE PREMIER.

AMÉNORRHÉE PROPREMENT DITE

[[L'aménorrhée proprement dite comprend deux variétés : 1° la menstruation absente (*emansio mensium*); 2° l'aménorrhée par suppression (*suppressio mensium*)]].

1° MENSTRUATION ABSENTE.

Il existe de très-grandes différences dans les époques auxquelles les règles apparaissent, non-seulement dans les divers pays, mais même dans notre contrée. Généralement, c'est vers quinze ans que les règles apparaissent (1); mais cet âge peut être devancé ou de beaucoup dépassé (2). On constatera, le plus souvent, que ces variations correspondent au degré de développement du corps ou du système génital. Il y a aussi des vices de conformation du système utérin qui ont une grande influence sur cette fonction. Enfin, l'utérus peut fonctionner régulièrement, sans qu'il donne lieu à un écoulement mensuel. Je parlerai plus spécialement de ces deux ordres de faits.

A. *Aménorrhée résultant de malformation congénitale.*

L'influence des ovaires sur la sécrétion menstruelle a été spécialement étudiée par les physiologistes. Il est adopté qu'ils ne jouent pas seulement un rôle dans la génération, mais qu'ils sont la cause efficiente de la menstruation (3). Nous savons qu'il se produit dans ces organes d'importantes modifications à l'époque de la puberté ou à celle de la ménopause. Dans une observation de Pott, une femme subit l'extirpation de ses deux ovaires, et la menstruation cessa, quoique auparavant les règles se fussent établies en même temps que tous les autres signes de la puberté. On cite des cas où les ovaires étaient ou détruits ou atrophiés, et le même effet s'était produit. Dans quelques observations d'aménorrhée persistante, on a pu, après la mort, constater l'absence des ovaires.

La femme qui se trouve dans ces conditions peut avoir le corps sain et bien développé, la circulation active et régulière, et toutes les fonctions organiques (la menstruation exceptée) en parfait équilibre. Mais les seins ne sont pas saillants, la voix est plus basse, les signes particuliers du sexe moins marqués ; les désirs vénériens sont peu développés ; des poils ombragent la lèvre supérieure, et il existe un mélange singulier de l'homme et de la femme.

(1) En France, c'est plutôt avant quinze ans qu'après.
(2) Churchill, *Theory and practice of midwifery*, p. 54.
(3) Churchill, *ibid.*, p. 60.

[[On doit certes admettre que la rupture de la vésicule de Graaf et la chute spontanée de l'ovule sont le point de départ du molimen hémorrhagique, qui se produit du côté de la muqueuse utérine. Les faits qui viennent à l'appui de cette théorie sont nombreux; je dois cependant mentionner deux observations publiées par Storer (1), et qui démontrent que la menstruation peut se faire sans ovaires.

Dans la première observation on voit la menstruation persister après l'ablation des deux ovaires sans aucune modification sous le rapport de la quantité ni de la qualité de l'écoulement et avec une régularité parfaite.

Dans le second cas, la menstruation eut lieu après l'extirpation non-seulement des deux ovaires *mais aussi de la matrice elle-même.* — Il ne restait dans ce second cas que la partie vaginale du col, sous forme de bouton charnu; le sang provenait de cette extrémité du col utérin.

M. Storer explique ce phénomène en le comparant à la dernière oscillation d'un pendule lorsque la force impulsive qui le mettait en mouvement a cessé d'exister.]]

§ I. — Causes.

[[L'aménorrhée tient dans ces cas à une absence congénitale soit des ovaires, soit de l'utérus, soit même de ces deux organes.

Dans le cas d'absence des ovaires, l'aménorrhée dépend du défaut de congestion de la muqueuse utérine dont le point de départ est normalement l'ovule arrivé à maturité. Quand il y a absence d'utérus, on conçoit qu'il ne puisse y avoir d'écoulement sanguin, puisque la muqueuse utérine fait défaut, mais cependant les ovaires peuvent fonctionner assez régulièrement, ce qui du reste est évident dans certains cas par les phénomènes de molimen hémorrhagique qui continuent à se produire.

Ajoutons encore l'absence des trompes ou leur oblitération, car dans ces circonstances les rapports internes, les relations directes des ovaires et de la matrice se trouvent nécessairement brisés (2).]]

§ II. — Symptômes.

[[Quand l'utérus manque tout à fait ainsi que les ovaires, le corps peut être régulièrement développé et la santé rester parfaite.

Mais quand l'utérus fait défaut et que les ovaires sont développés, il se produit ordinairement divers troubles qui indiquent l'existence de ces organes.

« Quand les ovaires existent, dit Courty (3), on observe habituellement

(1) Storer, *De la menstruation sans ovaires. (Archives de physiologie.* Mai-juin 186°.)

(2) Bernutz, *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chr. pratiques.* Paris, 1864, t. II, art. Aménorrhée. — Nonat, *Maladies de l'utérus.* Paris, 1860, p. 581.

(3) Courty, *Traité pratique des malad. de l'utérus*, 2e éd. 1872, p. 383.

tous les phénomènes avant-coureurs de l'établissement des règles et du travail menstruel : maux de reins, douleur hypogastrique, pesanteur pelvienne, brisement des membres inférieurs. Après une durée de trois à huit jours ce travail cesse pour se reproduire le mois suivant tantôt plus tôt, tantôt plus tard, mais avec une certaine régularité. Dans d'autres cas les troubles sont moins réguliers dans leur venue et en même temps beaucoup moins caractérisés ; il y a quelquefois alors des battements de cœur et des maux de tête violents qui nécessitent l'emploi de la saignée. D'ordinaire tout se borne à ces manifestations, mais il peut arriver dans le sixième des cas, qu'il se développe, en divers points du corps, des phénomènes de fluxion et de congestion hémorrhagipare : on dirait que l'économie a besoin d'une déplétion et qu'elle travaille ainsi à suppléer à l'évacuation absente.

« La durée de ces troubles est variable, ils cessent parfois au bout de quelques années, parfois aussi il n'est pas rare de les voir se prolonger pendant vingt ans; le calme s'établit ordinairement vers l'époque habituelle de la ménopause. »

Les troubles qui précèdent sont à peu près les mêmes dans les cas de rétention du flux menstruel dans la cavité utérine, aussi est-il important d'arriver à un diagnostic exact à cause du traitement qui diffère essentiellement dans les deux cas.

La rétention menstruelle se reconnaîtra à la présence d'une tumeur formée par l'utérus distendu et qui siége à l'hypogastre.]]

§ III. — Traitement.

Il est évident qu'il n'y a rien à faire, quand il n'y a ni utérus, ni ovaires, ou quand ces organes ont été détruits ou atrophiés.

B. *Aménorrhée simple.*

[[L'aménorrhée simple est l'absence d'écoulement sanguin menstruel chez une femme arrivée à l'époque de la puberté et ne présentant aucun vice de conformation.]]

Avant de pouvoir se prononcer sur la cause réelle de l'aménorrhée, il faut s'assurer si le système utérin est développé en proportion du reste du corps, c'est-à-dire qu'il faut constater l'existence des signes extérieurs de la puberté, et voir s'il ne sort du vagin aucun écoulement. Nous reviendrons plus tard sur cette dernière condition ; mais s'il n'y a aucun signe de puberté apparent, il ne faut pas s'attendre à voir la fonction menstruelle s'établir, et, dans ce cas, on a bien plutôt affaire à une menstruation retardée qu'à de l'aménorrhée. Il faut aussi bien prendre garde qu'il n'y ait aucun vice de conformation, comme nous l'avons déjà dit.

Dans la forme simple de l'aménorrhée, les sujets peuvent être ou pléthoriques, et d'une excellente et robuste santé, mais ils peuvent être aussi

pâles, faibles, d'une constitution délicate. Dans l'une ou l'autre de ces conditions, les symptômes sont très-variables. Dans le premier cas, il y a un mouvement fébrile : la face est congestionnée, le pouls est fréquent et plein, il y a de la soif; dans le second, au contraire, l'action sympathique sur les autres organes se manifeste plus lentement, il y a peu ou point de fièvre; le pouls est petit et lent : il n'y a ni soif, ni chaleur de la peau. Dans l'un ou l'autre cas, le molimen hémorrhagique peut se montrer chaque mois accompagné de frissons, de douleurs dans le dos et les aines, d'un sentiment de pesanteur à la partie inférieure du ventre, de douleurs le long des cuisses, de malaises et quelquefois d'une douleur au niveau de la glande thyroïde. Ces symptômes, après avoir duré vingt-quatre heures, disparaissent sans que l'écoulement menstruel se montre, et les mêmes phénomènes se répètent chaque mois; mais ce ne sont pas là les seuls effets de cet effort menstruel : on voit survenir souvent de violents maux de tête, quelquefois avec impossibilité de supporter la lumière ou d'entendre le moindre bruit. La malade se plaint d'élancements dans la tête, où elle éprouve une sensation de plénitude ; il se produit des douleurs dans le côté; les fonctions de l'estomac et des intestins sont troublées ; la face est pâle et les forces sont diminuées. Il s'ajoute quelquefois à ces symptômes de la dyspnée, des attaques d'hystérie.

[[Je dois reproduire ici une note de M. Mauriac, à propos de cet état pléthorique signalé par l'auteur et qu'il est bien difficile d'admettre comme réel.

« Il ne faut pas oublier, dit M. Mauriac (1), que des jeunes filles et même des femmes présentant tous les caractères extérieurs de la pléthore, c'est-à-dire une carnation richement colorée, une activité très-grande de la circulation capillaire, les apparences d'un tempérament sanguin et d'une constitution vigoureuse n'en sont pas moins anémiques. Qu'on se garde bien de confondre un pareil état avec la dyscrasie pléthorique vraie, et qu'on ne se laisse pas abuser par la vivacité du mouvement vasculaire qui se produit sous l'influence des causes souvent les plus légères, soit à la périphérie du corps, soit dans la profondeur du bassin. Il existe chez ces sujets une sorte d'éréthisme ou susceptibilité morbide du système nerveux vaso-moteur. C'est cet éréthisme qui jette une perturbation plus ou moins profonde dans les principales fonctions, et secondairement dans la nutrition. Il en résulte que le sang s'altère de plus en plus. Mais il est à remarquer que son appauvrissement n'atteint presque jamais ce degré qu'on observe dans les cachexies chlorotiques ou leucocythémiques. Serait-ce que les glandes où se fabrique le sang fonctionnent encore avec régularité?

« Je vois dans cette forme singulière de pseudo-pléthore une espèce de névrose des nerfs vasculaires plutôt qu'une maladie vraiment plasmatique et constitutionnelle. »

(1) Mauriac *in* West, *Leçons sur les malad. des femmes*, trad. française, 1870, p. 37.

Il y a encore un symptôme que l'on rencontre parfois, c'est la production de la leucorrhée utérine que l'on rencontre quelquefois remplaçant l'écoulement sanguin et que les auteurs ont désignée sous le nom de *leucorrhée supplémentaire ;* voici à ce sujet l'opinion de M. Mauriac (1).

« L'hypérémie utérine symptomatique de l'ovulation peut comme les hypérémies des autres muqueuses se terminer par un flux formé de globules muqueux d'épithélium. Ce phénomène, qui constitue une véritable crise pour l'hypérémie, se produit en général chez les jeunes filles chlorotiques. Aussi est-il rationnel de supposer qu'une proportion plus ou moins considérable des leucocytes, si abondants alors dans le liquide sanguin, vient augmenter le nombre des éléments figurés autres que les globules rouges dont se composent les menstrues blanches. »]]

Cette leucorrhée utérine supplémentaire apparaît au début de la menstruation surtout chez les jeunes femmes délicates, elle peut céder la place à un écoulement sanguin vers la seconde ou la troisième époque, ou bien elle peut continuer à se produire pendant six mois ou un an. La durée de cette apparition leucorrhéique dépendra surtout du succès de nos efforts à améliorer l'état général de la malade. Elle peut se produire pendant une ou deux époques après l'établissement régulier de la menstruation ou alterner avec elle. Dans la plupart des cas l'écoulement dure trois ou quatre jours et la quantité de liquide équivaut à peu près à celle d'une époque régulière et normale au début de la menstruation. Chez quelques femmes l'écoulement blanc dure pendant tout l'intervalle qui sépare les deux époques, il augmente lentement un peu avant et diminue après le moment où devraient se montrer les règles. Dans ces cas il est probable qu'il n'y a pas là seulement une leucorrhée supplémentaire, mais bien quelque désordre de la muqueuse utérine.

Quand l'écoulement cesse après trois ou quatre jours et que tout l'intervalle de deux époques se passe sans qu'il se montre à peine, la constitution s'en ressent-elle? La patiente est peu forte, inactive, et les fonctions organiques peuvent se trouver un peu en dessous du ton normal, et cependant la santé générale n'est pas réellement en souffrance. Cet état qui n'est ni bon ni mauvais peut persister longtemps et ne s'améliorera guère avant que les fonctions utérines aient repris leur cours normal. Quand la leucorrhée utérine persiste pendant tout le temps qui sépare deux époques, les symptômes locaux sont plus marqués et l'état général est en souffrance d'une façon beaucoup plus sensible. Il y a de la douleur dans le dos, de la sensibilité et de la faiblesse dans les reins, quelquefois des douleurs dans le côté ou dans la poitrine, des maux de tête fréquents, de la perte d'appétit, de l'irrégularité dans les fonctions intestinales, en un mot il existe tous les signes de la leucorrhée utérine, et il faut faire en ce cas le traitement de la leucorrhée.

(1) Mauriac *in* West, *Leçons sur les malad. des femmes*, 1870, p. 36.

[[Cette leucorrhée, considérée comme simplement fonctionnelle, peut souvent tenir à un certain degré d'inflammation de la muqueuse utérine, elle réclamera dans ce cas un traitement en rapport avec le degré d'altération de la muqueuse.]]

Les symptômes indiqués plus haut varient chez les femmes d'une constitution différente ; mais la somme des souffrances est à peu près égale.

On a cependant observé des cas où, pendant des années, cette variété d'aménorrhée a existé sans troubler notablement la santé ; mais quelques-unes de ces femmes sont sujettes à des maladies soudaines et violentes, atteignant d'autres organes. Nauche a publié deux observations dont les sujets avaient succombé subitement à une maladie de la tête. Des écoulements excessifs, ayant leur source dans d'autres points de l'économie, peuvent quelquefois donner une immunité temporaire contre les accidents de l'aménorrhée.

Règle générale : les femmes qui présentent ces dérangements dans leur santé ne sont pas aptes à concevoir. Cependant cette règle n'est pas sans exception.

On cite un exemple de cette exception. Il s'agit d'une femme qui put être mère de trois enfants sans qu'elle eût jamais été réglée, ni qu'il se fût produit aucun autre écoulement supplémentaire (1).

J'ai maintes fois examiné l'utérus des femmes souffrant d'aménorrhée. Le col m'a toujours paru plus pointu ; mais, dans tous les cas, une bougie de petit calibre pouvait être introduite dans la cavité utérine. Pendant la période menstruelle, le col prend un volume plus considérable, mais variable suivant les individus.

§ I. — Causes.

Les causes, dit Locock, de l'aménorrhée doivent être recherchées dans les antécédents de la patiente. On trouve le plus souvent cet état des fonctions utérines chez les femmes qui ont mené une vie sédentaire, qui ont eu en même temps un régime abondant et succulent, qui ont été accoutumées à des chambres chaudes, à des lits trop mous.

[[Chez les femmes qui présentent un certain degré d'affaiblissement de la constitution on trouvera le plus souvent un état chloro-anémique qui expliquera cette absence de menstruation ou le flux leucorrhéique qui la remplace.]]

(1) Dans une réunion de la Société médicale de Westminster, 15 janvier 1839, Harrisson demanda si aucun des membres ne connaissait un fait dans lequel une mère de plusieurs enfants n'eût jamais été réglée? Pour sa part il en connaissait un exemple. Johnson n'en avait jamais vu, mais il dit avoir dans sa clientèle quelques membres d'une famille dans laquelle il y avait cinq filles ayant de vingt-six à treize ans, jouissant d'une excellente santé et qui n'avaient jamais été réglées. (*Lancet*, 19 janvier 1839.) — Voyez aussi une observation de Kruger Hausen, *Journal de Græfe et Walter*, *Edinb. med. and surgic. Journal*, octobre 1840, p. 507. — *British and For. med.-chir. Review*, avril 1850.

Mackensie a montré que tous les désordres de la menstruation, mais surtout l'aménorrhée, peuvent être la conséquence de troubles du système digestif (1). [[On pourrait peut-être renverser les termes de la proposition et admettre que les troubles de la digestion sont consécutifs aux désordres de la menstruation.]]

§ II. — Pathologie.

On a mis en avant plusieurs théories pour expliquer ces désordres, mais elles ne sont le résultat que de vues hypothétiques, bien plutôt que la conséquence d'observations bien faites. Les uns les ont attribués à la paralysie des vaisseaux sécréteurs, d'autres au spasme de leurs extrémités, et d'autres enfin à un engorgement excessif de ces vaisseaux. La question est très-difficile, sinon impossible à résoudre dans l'état actuel de nos connaissances; mais il paraîtrait plus vraisemblable de mettre en jeu quelque état morbide des ovaires.

[[Voici à ce sujet l'opinion de Raciborski (2) :

« L'aménorrhée serait le résultat de l'arrêt de la marche régulière de l'ovulation par suite de la dépression des conditions vitales inhérentes à son exercice, sans l'intervention d'aucune lésion matérielle sensible. Les follicules de Graaf ayant conservé leurs qualités histologiques nécessaires, l'ovulation est à même de reprendre sa marche à la première occasion favorable et l'on peut toujours espérer le retour des règles. Dans la chlorose par exemple, les follicules de Graaf peuvent ne pas trouver dans les conditions de cette affection assez de stimulant pour continuer à fonctionner : c'est une espèce de torpeur qui frappe plus ou moins directement l'ovulation sans aucune maladie préalable. »

De ce qui précède nous pouvons conclure que l'excitation produite par l'ovulation du côté de l'utérus n'est pas suffisante pour amener une congestion suffisante de la muqueuse utérine, d'où résulte l'absence d'écoulement sanguin.]]

§ III. — Diagnostic.

Le premier point et le plus important à élucider est de savoir si l'aménorrhée ne dépend d'aucun vice de conformation ou n'est compliquée d'aucune autre maladie. Un examen attentif montrera, lorsqu'il existe une congestion périodique, s'il y a quelque part un obstacle à l'issue des règles. Si la santé générale est troublée et que la période menstruelle soit marquée, sans qu'il y ait un obstacle local, il y aura quelque raison de croire à l'intégrité des organes essentiels.

(1) Mackensie, *On the relation of uterine to constitutional diseases*, 1860.
(2) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 572.

[[Cependant il faut se souvenir qu'il peut y avoir congestion périodique bien qu'il y ait absence complète d'utérus.]]

Quant à la leucorrhée qu'on rencontre parfois, il faudra rechercher si elle est seulement supplémentaire ou bien dépendante d'une lésion de la muqueuse utérine.

§ IV. — Traitement.

Je ne saurais partager l'avis des auteurs qui pensent que l'aménorrhée est facile à traiter. Ma propre expérience me porte, au contraire, à croire à l'extrême difficulté qu'il y a de remédier à ce trouble des fonctions menstruelles. Le traitement doit varier suivant la constitution de la femme, et suivant qu'on peut attaquer la maladie pendant l'intervalle de deux époques ou à l'époque menstruelle même (1).

Si la malade est pléthorique, d'une constitution robuste et que nous constations l'existence du molimen menstruel, une saignée sera quelquefois utile. Les ventouses scarifiées appliquées sur les reins, ou des sangsues sur le col (2) ou à la vulve, seront un procédé plus convenable pour tirer du sang. Cette émission sanguine doit être suivie dans l'intervalle des deux époques par l'abstention complète de tout stimulant. On conseillera l'exercice, autant que possible, à la condition que la malade ne se fatigue pas. De temps en temps on administrera un léger purgatif (3) ; de petites doses d'aloès associé à de la rhubarbe et à de l'asa fœtida, trois fois par semaine, seront très-utiles. Par ces moyens on remédiera à l'état pléthorique. A l'approche de l'époque suivante, on conseillera des pédiluves chaque soir et de temps en temps un bain de siége. Souvent alors l'écoulement menstruel s'établira sans autre trouble.

[[Nous avons vu (4) ce qu'il fallait penser de l'état pléthorique qu'on observe chez certaines femmes aménorrhéiques, aussi n'est-il pas besoin de dire qu'on ne devra guère avoir recours aux déplétions sanguines, qui aggraveraient l'état chloro-anémique de ces femmes atteintes de fausse pléthore.]]

Si la patiente est d'un tempérament faible, nerveux, d'une constitution débile, il faudra reconstituer l'état général par un régime convenable, une nourriture substantielle, du vin, un exercice modéré, etc. Les préparations ferrugineuses, telles que le carbonate, le sulfate, l'oxysulfate de fer, la mixture de Griffith ou des eaux minérales ferrugineuses, sont, parmi les moyens en notre pouvoir, les plus puissants. On donnera ces

(1) *Medical Commentaries*, vol. II, p. 51 ; vol. V, p. 121. — Waller, *On diseases of women*, p. 30.

(2) *Med.-chir. Review*, juillet 1839, p. 222. — Tanchou, *Lancette franç.*, décembre 1838.

(3) *Edinb. med. and surg. Journal*, vol. V, p. 279.

(4) Voyez p. 214.

médicaments à dose assez forte, et qu'on saura augmenter suivant les indications. Raciborski, d'accord avec Quevenne et Miquelard, préfère administrer le fer métallique très-divisé. Selade donne la préférence au protochlorure, au carbonate et au lactate de fer. Il croit que le fer sous cette forme se combine plus facilement à l'acide chlorhydrique libre de l'estomac (1). J'ai toujours constaté de meilleurs effets par l'usage du carbonate de fer.

Si à l'époque menstruelle la douleur est très-vive, on donnera des narcotiques ou des antispasmodiques, et en pareil cas, j'ai toujours reconnu qu'ils favorisaient plutôt qu'ils n'empêchaient l'éruption des règles. Il faudra cependant en corriger les effets constipants, s'ils se produisent.

Bien que ces moyens de traitement réussissent souvent, il est cependant beaucoup de cas où ils ne font qu'améliorer l'état général. C'est alors qu'il faut avoir recours aux emménagogues. Les anciens auteurs donnent de ces médicaments, de longues listes que l'expérience a abrégées (2).

Des bains de siége tièdes, des sangsues, des cataplasmes sur les seins, des sangsues sur le col utérin ou à la vulve, ont été conseillés par Nauche, Siebold, Rostan, Tanchou (3), Cormack, etc. L'électricité, le magnétisme dirigés à travers l'utérus et les ovaires, ont été préconisés par Muyduyt, Austen (4), Nauche, Alberti, Récamier, etc. R. Macdonnell (de Montréal) a publié des cas où ce moyen s'est montré fort utile (5). Bennett (de Londres) l'a également employé avec beaucoup de succès (6). Moi-même, j'en ai éprouvé l'utilité dans ma pratique. Tilt a présenté à la Société médicale de Londres un appareil de Récamier qu'il appelle un cataplasme galvanique, composé de cuivre et de zinc. En trempant les éléments de cet appareil dans du vinaigre et en les appliquant sur la peau, la malade éprouve une sensation de chaleur et des fourmillements. Par ce moyen ce médecin a réussi à provoquer l'écoulement des règles (7). Le principe de la chaîne de Pulvermacher est exactement le même. Simpson emploie une sorte de pessaire galvanique, dont la tige est composée de zinc et de cuivre; on introduit ce pessaire dans le vagin où il est laissé pendant un certain temps. L'application de ce pessaire, suivant Simpson, agit très-favorablement en provoquant l'écoulement des règles.

[[Raciborski (8) considère l'électricité comme un emménagogue puis-

(1) Selade, *Archives générales de médecine belge*, février 1845.

(2) Richard Carr (*Epistolæ medicinales variis occasionibus conscriptæ*, publiées vers 1691) parle du café comme emménagogue dans ces termes : « Mulieres arabes semper « dum fluunt menses hujus decocti ferventis multum paulatim sorbillantes earum eva- « cuationem adjuvant, et quibus suppressi sunt, ad provocandum. »

(3) Tanchou, *Lancette française*, décembre 1838.

(4) Austen, *Edinburgh philosophical Essays*, vol. III, p. 116. — Ashwell, *On diseases of women*, 3e édition, 1848, p. 74.

(5) Macdonnell, *British american med. Journ.* — *Dublin med. Press*, 12 août 1845.

(6) Bennett, *Lancet*, 1852, p. 353.

(7) Tilt, *Med. Gazette*, juin 1851.

(8) Raciborski, *Traité de la menstruation*. Paris, 1868, p. 508.

sant et auquel on doit avoir recours dans les aménorrhées asthéniques.

« Les bons effets qu'on obtient, dit-il, dans ces aménorrhées de l'électricité, proviennent sans doute de l'action des courants électriques sur les fibres musculaires qui se trouvent en grande quantité dans les ovaires. Ces fibres composent, pour ainsi dire à elles seules, comme l'a démontré M. Sappey, ce que l'on appelait jusqu'à présent la *tunique fibreuse* de l'ovaire, et c'est dans leurs intervalles que se trouvent placées, dans la portion bulbeuse, les follicules de Graaf, qui ont déjà acquis un certain volume. Il est facile de comprendre que la contraction de ces fibres se répétant souvent, peut ranimer la vitalité des vésicules un peu engourdies et influer ainsi favorablement sur le retour des règles. »]]

On emploiera quelquefois avec succès des frictions stimulantes dans les aines. On a recommandé des applications irritantes dans l'utérus au moyen de bougies ou d'injections. Lavagna et Mélier conseillent une solution de quelques gouttes d'ammoniaque dans deux onces de lait (1). Ce moyen, entre les mains de Hosack, a réussi à ramener l'écoulement menstruel (2). Blundell l'a employé pour faire une injection vaginale. D'un autre côté, Hunt s'en est servi sans succès. Simpson a tenté de provoquer la congestion et l'irritation de la muqueuse utérine ; il introduisait dans la cavité de l'utérus une sonde d'argent perforée à son extrémité, à laquelle il adaptait une pompe aspirante et faisait ainsi le vide dans l'organe. En la retirant, on trouvait la sonde remplie de sang à son extrémité, et souvent l'écoulement artificiellement commencé, se continuait naturellement. Il m'a été dit que ce moyen était encore meilleur lorsque les règles étaient supprimées, et je n'ai pas appris qu'en aucun cas il ait été nuisible. D'autres ont essayé d'irriter la cavité utérine au moyen du nitrate d'argent, mais je n'ai pu savoir avec quel résultat. Houlton (3) rapporte qu'il a expérimenté en pareil cas le chenopodium olidum et il dit avoir grande confiance en ce médicament; dans les cas où la fonction menstruelle est troublée, il emploie l'extrait préparé par évaporation à l'air libre, sous forme de pilules, à la dose de 4 à 10 grains, matin et soir. Règle générale : si les pilules sont régulièrement prises pendant une quinzaine de jours avant l'époque présumée, le médicament agit salutairement, sinon il conseille l'usage des pilules pendant deux septénaires, avant le retour de l'époque suivante (4). Kastner recommande beaucoup l'écorce de laurier-cerise : il en donne la décoction à la dose de deux onces d'écorce pour un litre d'eau, chaque jour (5). On a beaucoup employé l'iode

(1) *Lancet*, vol. I, p. 497.
(2) Dewees, *Diseases of females*, p. 126, note.
(3) Houlton, *Medical Times*.
(4) Ranking's *Abstract.*, vol. V, p. 146.
(5) Kastner, *Northern Journ. of med.*, janvier 1846.

et souvent avec succès (1) ; mais à mon avis ce médicament n'a pas tenu ce qu'on lui faisait promettre. La meilleure préparation est la teinture d'iode associée à l'iodure de potassium à la dose de 10, 20 ou 30 gouttes, données deux, trois ou quatre fois par jour.

L'ergot de seigle, on le sait, provoque et augmente les contractions utérines, et par cela même modérera un écoulement sanguin démesuré.

Mais comment se fait-il que ce même agent puisse agir d'une façon tout opposée en amenant l'écoulement sanguin ? [[Au premier abord ces deux manières différentes d'agir paraissent difficiles à admettre; cependant si l'on veut réfléchir que l'action du seigle ergoté est d'amener des contractions dans les fibres musculaires lisses, non-seulement de l'utérus mais aussi de l'ovaire, l'on comprendra comment ces deux effets contraires peuvent se produire. Dans le cas d'hémorrhagies utérines, le seigle ergoté supprime l'hémorrhagie en amenant la contraction des vaisseaux de la muqueuse utérine et en même temps des fibres musculaires de l'ovaire. Dans l'aménorrhée ce même agent, amenant la contraction des fibres musculaires de l'ovaire, favorisera la déhiscence de la vésicule de Graaf et amènera la chute de l'ovule, qui n'aurait peut-être pu se faire sous l'influence des contractions physiologiques des fibres musculaires de l'ovaire. Dès lors la congestion de la muqueuse utérine, que nous savons être sous la dépendance de l'ovulation, se fera d'une manière plus intense, et la menstruation se produira.]]

Dewees et Locock (2), Roche (3), Nauche (4) et Pauly (5) constatent que ce moyen leur a réussi et en recommandent l'emploi ; sur l'autorité de ces écrivains, j'ai administré l'ergot de seigle ; mais il a échoué entre mes mains. Il peut être donné à la dose de 5 grains, trois ou quatre fois par jour. On le rendra plus facile à avaler et à digérer en le faisant bouillir dans un peu de lait. Nauche en conseille l'usage, associé à de la rhubarbe ou à quelque purgatif doux. Pendant l'administration du remède, il faudra surveiller la patiente et suspendre l'ergot, s'il se manifeste quelques douleurs utérines.

La strychnine fut, je crois, indiquée comme emménagogue en ce pays, au moins pour la première fois, par sir James Bardsley, de Manchester (6). Sur douze cas d'aménorrhée, dix furent guéris et deux amendés, et à ce nombre on peut ajouter plusieurs autres cas dans lesquels la guérison fut complète et permanente. Il faut dire que les observations de sir James Bardsley se rapportaient à des cas de suppression de règles. Mais il n'y a pas de raison pour ne pas croire à l'efficacité de ce remède dans l'amé-

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.* Paris, 1833, t. X, p. 520, art. Iode.
(2) *Cyclop. of practic. Med.*, vol. I, p. 70. — Ashwell, *On Diseases of Women*, p. 79.
(3) Roche, *Nouv. Dict. de méd. et chir.* Paris, 1831, t. VII, p. 449, art. Ergot.
(4) Nauche, *Des maladies propres aux femmes.* Paris, 1829, vol. II.
(5) Pauly, *in* Lisfranc, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.* Paris, 1836, p. 183, note.
(6) Bardsley, *Hospital Reports*, p. 57.

norrhée simple. La dose de médicament varie entre un douzième, un dixième, ou même un huitième de grain, trois fois par jour. Son emploi exige de grandes précautions, et on le suspendra aussitôt qu'on verra se produire des contractions ou des tressaillements musculaires.

[[Ce médicament paraît agir comme le seigle ergoté, en amenant des contractions dans les fibres musculaires lisses des ovaires et favorisant ainsi la chute de l'ovule.

Depuis un certain nombre d'années on a vanté l'*apiol*, principe actif des graines de persil, comme puissant emménagogue. Cette substance administrée à la dose de deux capsules par jour pendant quatre à cinq jours consécutifs, paraît avoir dans un certain nombre de cas fait paraître les règles qui étaient en retard de quelques jours. « L'apiol, dit Raciborski (1), agirait sur l'ovulation en stimulant le sens génital. Lorsqu'il s'agit de simples retards, que tout est prêt pour la déhiscence, une légère excitation, une sorte d'*éternument* folliculaire peut suffire déjà pour amener les hémorrhagies vésiculaire et utérine, qui terminent l'orgasme menstruel des vésicules de Graaf. »]]

Home (2) et Dewees disent qu'en pareil cas la garance est très-utile et très-active, surtout quand le sujet est très-excitable, ou bien quand il existe quelques symptômes fébriles (3). Dewees l'administre sous forme de décoction (une once de garance en poudre pour une pinte d'eau et un scrupule de cannelle concassée), dont on prendra un verre à bordeaux toutes les trois heures. Dewees fait grand cas de la teinture de cantharides, unie à la teinture de gaïac (4). Jewel et Macleod partagent complétement cet avis (5). Caron du Villards a employé avec succès le cyanure d'or, en l'administrant quelques jours avant l'époque menstruelle. La mixture qu'il conseille est ainsi formulée :

℞ Cyanure d'or.....	15 centigrammes.
Eau alcoolisée.....	250 grammes.

On peut commencer par une cuillerée à café, deux fois par jour, et l'on augmentera graduellement la dose.

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 515.
(2) Home, *Med. Commentaries*, vol. VII, p. 217.
(3) Dewees, *Diseases of females*, p. 112.
(4) Cette mixture est employée de la façon suivante : une cuillerée à café, trois fois par jour, dans un petit verre de lait sucré, ou bien, à moins de contre-indications, dans autant de vin blanc (sherry, ténériffe ou madère). On en augmentera graduellement la dose. Voici la formule :

℞ Poudre de gomme de gaïac.	16 grammes.
Carb. sod.	6 grammes.
Pulv. piment.	30 grammes.
Alcool dilué.	500 grammes.

Macérer pendant plusieurs jours.

On ajoutera l'esprit volatil d'ammoniaque dans la proportion d'une drachme ou deux pour 4 onces de la teinture, plus ou moins, suivant l'état de la malade. (*Diseases of females*, p. 124.)
(5) Jewel et Macleod, *London med. Journ.*, vol. I, p. 93 ; vol. II, p. 230.

D'autres remèdes agissent en provoquant les sympathies de certains organes voisins de l'utérus, comme le rectum ou la vessie ; ce sont, par exemple, l'aloès, le melampodium, etc., ou la térébenthine, la sabine, etc. Ces moyens ont quelquefois été reconnus utiles et employés suivant les indications que fournissait le cas particulier. Locock recommande fortement son mélange de myrrhe, d'aloès, de sulfate de fer, d'huile essentielle de sabine (1). Loudon s'est bien trouvé de l'application de sangsues à la poitrine, et Dewees et Paterson, de l'application de vésicatoires. L'irritation ainsi provoquée paraît exercer une influence sympathique sur l'utérus. Sir James Murray (et Aristote avant lui) a observé les bons effets des ventouses sèches, mises sur les seins. Siebold recommande des fomentations chaudes sur ces parties (2). On a parlé de l'application des feuilles de ricin en cataplasmes sur les seins ; mais, comme le fait observer Cormack, des feuilles d'autres plantes auraient la même action, car c'est moins la plante que le cataplasme qui est efficace. M. West, de Soult, a publié un certain nombre de cas où l'aconit s'est montré utile. Hannay, de Glasgow (3), a réussi à provoquer les règles en administrant la teinture ammoniacale de gaïac ; mais il a échoué complétement lorsqu'il a employé le procédé de M. Loudon. M. Schœnbein, de Wurtzbourg, conseille un lavement contenant 12 grains d'aloès à peu près vers l'époque où doivent apparaître les règles. Ce remède, suivant lui, est le plus sûr des emménagogues.

Cette liste de remèdes dont l'étendue pourrait être aisément triplée est la preuve, s'il en fallait une à des praticiens un peu exercés, que ces troubles de la menstruation sont des plus difficiles à traiter.

2° AMÉNORRHÉE PAR SUPPRESSION. — SUPPRESSION DES RÈGLES.

Nous avons maintenant à étudier les cas où les règles s'étant montrées pendant un temps plus ou moins long, se sont arrêtées. Cet accident peut arriver à toutes les périodes de la vie menstruelle de la femme ; il peut se produire brusquement ou graduellement, ou, si l'on peut ainsi dire, il peut être aigu ou chronique.

A. *Suppression brusque des règles.*

Elle peut survenir à la suite d'un refroidissement pendant une époque menstruelle (4), à la suite d'une impression morale ou physique (5)

(1) Locock, *Cyclop. of pract. Med.*, vol. I, p. 69.

(2) Siebold, *Diseases of females*, p. 126.

(3) Hannay, *Obs. on the med. and surg. Agency of the Air Pump*, p. 40.

(4) J'ai appris de source certaine que les baigneuses sur le bord de la mer n'interrompent pas un seul instant leurs occupations pendant leur époque menstruelle, et l'écoulement des règles n'en est pas influencé.

(5) J'ai pu constater ce fait sur une très-grande échelle ; presque toutes les femmes envoyées au pénitencier de Richmond, en sortant du tribunal du *recorder*, voient leurs règles se supprimer à la suite de la vive émotion et du désespoir qu'elles ont éprouvés.

éprouvée soit un peu avant ou pendant l'époque des règles. Le chagrin, les passions dépressives, les rapports sexuels à ce moment, la fièvre ou quelque maladie grave sont autant de causes qui peuvent produire cette variété d'aménorrhée que nous disons aiguë.

[Parmi les causes qui peuvent donner lieu à la suppression brusque des règles, nous devons signaler toutes les maladies aiguës fébriles dont l'invasion a lieu pendant les règles.

M. Hérard a signalé ce phénomène et il dit que la suppression peut être complète ou incomplète. Les malades dans ce cas sont portées à accuser la suppression d'être la cause du développement des accidents fébriles. C'est le contraire qui existe. Dans quelques cas où une maladie aiguë fébrile bien caractérisée se déclare après la suppression des règles, il faut y voir une conséquence du refroidissement subit qui a déterminé la suppression elle-même.

Si une affection aiguë fébrile se développe dans l'intervalle de deux époque, sil n'est pas rare de voir la fièvre favoriser leur manifestation (1).]

[[L'impressionnabilité de l'appareil génital est telle que M. Raciborski a attribué certaines aménorrhées à la simple crainte d'une grossesse après une faute ou un vif désir d'avoir des enfants; il désigne ces cas de suppression des règles sous le nom d'aménorrhées *par cause psychique*. — « Du reste, dit M. Courty, que l'impression se produise sur un point quelconque du corps (refroidissement brusque, — vers intestinaux), ou sur le cerveau (impressions morales vives), c'est par une sorte d'action reflexe sur l'utérus que se produit alors l'aménorrhée, ce qui lui a valu de la part de quelques auteurs le nom d'*aménorrhée sympathique*. »

D'après cela on peut conclure que les aménorrhées de cette classe ne sont autre chose que le résultat d'une action reflexe. Une excitation dont le point de départ est essentiellement variable aboutit à la suppression du flux menstruel.]]

§ I. — Symptômes.

Les troubles qui succèdent à la suppression brusque des règles sont très-variables. Quelquefois on ne voit survenir aucun effet nuisible pendant un certain temps, mais le plus souvent la fièvre s'allume accompagnée de céphalalgie, la peau est chaude, le pouls fréquent, la soif vive, et il se produit des nausées, etc., ou bien la patiente peut être frappée d'une inflammation locale, soit du cerveau, soit du poumon ou du canal intestinal, ou encore de l'utérus lui-même. Quelquefois, au lieu d'être frappé d'inflammation, l'utérus est atteint par des douleurs névralgiques extrêmement

(1) Hérard, *Mémoire sur l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles*. (*Actes de la Société méd. des hôpitaux*, 2e fascicule, p. 211, 1852.) — A. Gubler, *Des épistaxis utérines simulant les règles au début des pyrexies et des phlegmasies*. (*Compte rendu de la Soc. de biologie*, 3e série, t. IV, année 1862. Paris, 1863, p. 143.)

intenses. Mais le plus pénible de tous ces symptômes est une sorte d'affection hystérique simulant un état inflammatoire, mais n'offrant aucune espèce d'harmonie dans les signes qu'elle présente. Les uns ou les autres peuvent faire défaut, ou bien ils se portent avec une très-grande mobilité d'un organe à l'autre, à mesure que nos moyens de traitement les atteignent.

J'ai souvent vu la tête, les poumons et l'estomac successivement frappés et presque aussitôt débarrassés. La patiente est très-sujette aux attaques d'hystérie, aux défaillances. Capuron rapporte que la suppression brusque des règles produit quelquefois l'apoplexie cérébrale et la paralysie. D'autres auteurs ont constaté que l'aphonie, les troubles de la vue, l'amaurose (1), peuvent être la conséquence de cette suppression ; et, comme on l'a également observé, l'apparition de maladies cutanées peut être la suite de cette brusque suppression.

Il y a cependant deux circonstances qui peuvent se présenter, et dont la présence adoucit singulièrement la gravité des attaques consécutives, je veux parler de la menstruation supplémentaire, qui vient au secours de l'état pléthorique de tout le système, sans que l'état local de l'utérus en soit modifié. Je veux parler aussi de la leucorrhée utérine qui paraît apporter un certain soulagement, peut-être d'une façon plus normale, en cela que l'action physiologique de l'utérus est régulière et que le produit seul de la sécrétion n'est pas ce qu'il devrait être. Il y a alors un espoir plus fondé de voir les fonctions se produire plus tard régulièrement. Si la santé générale de la femme a beaucoup souffert, et si l'écoulement blanc se reproduit à chaque époque au lieu des règles, il arrive quelquefois que la leucorrhée elle-même entretient l'état de débilité générale et place la malade dans un cercle vicieux où viennent échouer nos efforts.

J'ai à peine besoin de dire que le retour des règles, soit qu'il se produise immédiatement ou se montre à une époque ultérieure, est d'un excellent augure, quoique souvent il reste encore pendant un certain temps une faiblesse très-grande. La suppression brusque des règles doit être regardée comme la forme la plus sérieuse de l'aménorrhée, à cause des phénomènes consécutifs qui quelquefois sont assez graves pour entraîner la mort. La suppression soudaine des règles doit être considérée en général comme un obstacle, au moins momentané, à la conception. Cette règle souffre cependant quelques rares exceptions.

§ II. — Diagnostic.

Le récit de la malade suffira le plus souvent pour établir le diagnostic qui n'offre pas de difficultés réelles, mais il sera plus difficile de distin-

(1) Browne, *Edinburgh medical and surgical Journal,* vol. XXVI.

guer entre eux les phénomènes qui suivent l'accident. Ainsi, lorsque les symptômes locaux et généraux sont en parfaite harmonie, soit entre eux, soit avec l'état des autres fonctions organiques, il faudra penser qu'il existe un état inflammatoire local, au contraire, s'il existe une affection de nature hystérique, quoique la douleur et les malaises locaux puissent égaler ceux que produit l'inflammation, on notera que le pouls est normal ou à peu près, et que les fonctions des autres organes sont peu ou point troublées. Malgré toutes les précautions, il est certains cas où les symptômes inflammatoires sont si irréguliers, qu'il peut se glisser du doute dans l'esprit; en cette occurrence, je crois sage de conseiller, au moins dès l'abord, un traitement antiphlogistique.

§ III. — Traitement.

La forme aiguë, suivant Capuron, est plus facile à traiter que la forme chronique.

La première recommandation est de rappeler l'écoulement des règles, et pour cela on conseillera des bains de siége, des pédiluves chauds, des boissons chaudes, des diaphorétiques, de légers purgatifs, etc. J'ai quelquefois réussi en administrant l'essence de térébenthine. Mais il faut se rappeler que l'on manquera le but, si l'on produit une purgation trop abondante, puisqu'un écoulement un peu copieux peut suppléer à la mens truation. Si les efforts tentés pour rappeler les règles sont impuissants, il faudra attendre une époque ultérieure pour recommencer les mêmes tentatives. En même temps, on fera tout ce qu'il est possible pour prévenir l'apparition des phénomènes secondaires dont nous avons parlé. S'il existe une inflammation locale, et qu'il survienne de la fièvre, le traitement s'adressera surtout à l'élément inflammatoire.

L'état de pléthore générale qui succède le plus souvent à la suppression des règles sera atténué par une émission sanguine plus ou moins considérable. On peut se demander si de petites saignées répétées sont préférables à une perte de sang copieuse, produite d'un seul coup. Il faudra surtout tenir compte du caractère général de la maladie et de l'aptitude de la malade à supporter une médication active. Si le traitement est commencé de bonne heure, on peut enrayer les troubles locaux et améliorer l'état général. Les retentissements de l'hystérie sur les différents organes seront efficacement combattus par des révulsifs, par les opiacés, par les antispasmodiques, comme l'asa fœtida, le musc, le castoréum, le camphre, etc., et des purgatifs aloétiques.

A l'approche d'une nouvelle époque, on surveillera attentivement la malade, et l'on emploiera tous les moyens possibles pour faciliter l'éruption normale des règles. On tiendra le ventre libre, la peau chaude, et tous les deux jours on emploiera les bains de siége et les pédiluves chauds.

Les forces seront soutenues par une alimentation substantielle, mais non stimulante. Si, au temps voulu, la menstruation s'établit régulièrement, il n'y aura plus d'inquiétude à avoir; mais s'il ne survient qu'un écoulement leucorrhéique, il faudra revenir aux moyens que nous avons conseillés dans les cas où la leucorrhée s'est montrée supplémentaire des règles. Si l'écoulement blanc persiste dans l'intervalle des époques, la patiente sera traitée comme atteinte de leucorrhée utérine. S'il ne se produit aucun écoulement ni rouge ni blanc, il faudra avoir recours à ces remèdes qu'on a regardés comme spécifiques, et que nous avons recommandés dans les cas d'aménorrhée simple.

[[Quant à l'aménorrhée qui se produit à l'occasion d'une maladie fébrile, M. Hérard pense qu'elle n'exige pas en général de traitement particulier. L'aménorrhée qui surviendra à la suite des maladies aiguës réclamera un traitement tonique et analeptique, des conditions hygiéniques aussi bonnes que possible. Ces moyens seront ordinairement suffisants, et il ne sera point utile de recourir à une stimulation plus ou moins directe des organes sexuels ou aux emménagogues.]]

B. *Suppression chronique de la menstruation.*

Elle peut être la conséquence d'une suppression brusque ou aiguë des règles; elle peut être causée par un affaiblissement graduel de l'organisme, dépendant de mauvaises conditions hygiéniques ou de certains états constitutionnels graves tels que la phthisie pulmonaire.

[La suppression des règles est quelquefois un des symptômes du début de la phthisie pulmonaire, mais il arrive plus souvent que dans les derniers temps la menstruation se fait régulièrement et ne cesse que dans la dernière période de la tuberculisation pulmonaire; la suppression des règles devient alors d'un pronostic très-fâcheux, les forces de l'organisme ne suffisent même plus au molimen hémorrhagique, et l'on voit survenir tous les phénomènes du marasme et de la fièvre hectique.

Les maladies chroniques autres que la tuberculisation exercent également une influence marquée sur la menstruation: ainsi le cancer, la cirrhose, le diabète, les affections organiques du cœur, certaines névroses, comme l'hystérie et l'épilepsie, quelques formes de vésanies qui cèdent quelquefois spontanément et brusquement devant le retour d'une menstruation régulière, la dyspepsie, la chlorose, etc.]

La suppression de la menstruation peut encore être causée par une maladie des ovaires, de l'utérus ou d'autres parties. Elle peut dépendre aussi de la cessation définitive de la menstruation, à l'âge où cette fonction s'éteint, ou quelquefois prématurément, à un âge moins avancé. La quantité peut diminuer, l'époque peut venir irrégulièrement, jusqu'à ce qu'enfin la fonction utérine cesse tout à fait. C'est là une des façons de procéder de ces troubles menstruels; mais nous voyons plus fréquem-

ment que les règles sont remplacées par un écoulement blanc. Elles diminuent en quantité; elles sont plus pâles, les périodes sont plus courtes; puis il vient une époque où le liquide excrété est parfaitement incolore; à celle-ci succède une époque où le liquide est de nouveau coloré. Cette alternance dans les phénomènes menstruels peut continuer quelque temps; mais la quantité et la coloration du liquide diminuent d'une façon continue, jusqu'à ce qu'il fasse place à une véritable leucorrhée permanente.

§ I. — Symptômes.

Quand la suppression chronique est la conséquence d'une suppression brusque, on constatera de la céphalalgie, des douleurs dans les côtés, dans le dos; l'appétit est presque nul, les forces diminuent, la santé générale s'altère, et les malades sont plus disposées à l'invasion des maladies organiques particulières au climat dans lequel elles vivent. Si les règles sont remplacées par de la leucorrhée, les symptômes de cette affection seront facilement reconnaissables. Si les règles ne se montrent pas pendant l'allaitement ni quelque temps après qu'il a cessé, que la santé générale soit en souffrance et qu'il n'y ait pas de signes de grossesse, il faut se rappeler la possibilité d'une oblitération utérine ou d'une atrésie vaginale. En ce cas, un examen direct rendra compte de l'état de ces parties. Le toucher suffira pour nous indiquer la conformation du vagin; mais on introduira une bougie de petite dimension dans le col pour s'assurer de sa perméabilité. Cette exploration ne devra jamais être faite sans qu'on soit parfaitement convaincu que la femme n'est pas enceinte.

§ II. — Diagnostic.

La partie la plus importante du diagnostic consiste à distinguer l'état chronique de la suppression menstruelle de la grossesse. Si la femme est en situation avouable d'avoir des enfants, elle pourra croire à un commencement de grossesse, et le médecin, même après un examen soigneux, pourra partager son erreur. L'arrêt de la menstruation, causé par la conception, est généralement accompagné de symptômes pénibles et bientôt suivi de nausées, d'une augmentation de volume dans les seins et d'une modification dans la couleur des glandes sébacées de l'aréole. Ces signes, ajoutés aux circonstances particulières au cas spécial, sont les principales bases d'un diagnostic raisonnable.

Une autre distinction importante doit être faite entre la suppression chronique dépendant d'une maladie locale, et celle qui succède à des troubles constitutionnels. Par exemple, la suppression des règles est un symptôme fréquent au début de la phthisie, souvent même longtemps avant que l'attention ait été attirée vers la poitrine. Aussi, avant d'établir

un traitement contre l'aménorrhée, devra-t-on s'assurer de l'état de la poitrine et de la santé générale; s'il existe de la tuberculisation, il n'est pas nécessaire de s'occuper des troubles menstruels.

§ III. — Traitement.

Toutes les fois que la suppression des règles dépend d'une maladie de l'appareil génital ou de tout autre appareil, c'est à cette maladie que devra tout d'abord s'adresser le traitement : on verra alors, aussitôt qu'elle se sera amendée, l'écoulement menstruel se rétablir. Quand la leucorrhée supplée à l'écoulement des règles, on constatera le plus souvent qu'un traitement approprié de cette affection ramènera les fonctions de l'utérus à leur équilibre normal.

Si la suppression existe sans complication, on pourra tenter l'usage des emménagogues.

Il faudra, et je ne saurais trop le répéter, en même temps, s'assurer de l'état de la santé générale de la malade, se convaincre avec le plus grand soin qu'il n'existe pas de lésion organique de l'utérus, et que l'on n'a pas affaire à un cas de cessation prématurée mais physiologique de la menstruation.

ARTICLE II.

AMÉNORRHÉE PAR RÉTENTION (1).

[[Cette variété diffère des précédentes, en ce que le sang, quoique exhalé par la muqueuse utérine, ne peut parvenir au dehors.

§ I. — Causes.

La rétention peut être due à une atrésie congénitale ou acquise du canal cervical, du vagin ou même de la membrane hymen. D'autres fois elle peut résulter d'une oblitération accidentelle du col à la suite d'un accouchement où le col a été déchiré ou à la suite d'une inflammation qui a déterminé la production d'une cicatrice qui s'est plus tard rétractée; ajoutons à ces causes une augmentation pathologique du col utérin, l'interposition dans le col d'une production accidentelle, les flexions du col, la contraction spasmodique de cet organe. Enfin, d'après certains auteurs, l'oblitération congénitale ou acquise des trompes.

(1) [[L'auteur n'avait pas fait un chapitre spécial pour cette variété d'aménorrhée qu'il avait décrite en même temps que l'aménorrhée par malformation congénitale. J'ai cru devoir faire cette addition en ayant soin toutefois de placer ici la plupart des passages qui appartiennent à l'auteur et qui se trouvaient placés dans le chapitre de l'aménorrhée par malformation congénitale.]]

§ II. — Symptômes.

D'après M. Bernutz (1) les accidents qui résultent du trouble de l'excrétion menstruelle forment trois degrés.

Le premier degré est constitué par la réplétion des cavités sécrétantes ;

Le deuxième, par la distension et la réaction de l'utérus et des trompes;

Le troisième, par la solution de continuité des moyens d'union existant entre la trompe et l'ovaire et le passage dans l'abdomen du sang qui distendait les organes génitaux. — A ce dernier degré, il se produit presque fatalement une péritonite plus ou moins étendue.

Quel que soit le siége de l'obstacle à l'expulsion du sang, on observe tout d'abord des symptômes semblables à ceux du molimen menstruel ; ces symptômes durent quelques jours et la santé reste bonne, bien que l'écoulement menstruel n'ait pas eu lieu.

Les mêmes phénomènes se reproduisent aux époques suivantes, mais l'écoulement sanguin n'a toujours pas lieu.

Après un certain temps il survient une gêne assez marquée vers le bas-ventre, il y a de la difficulté pour rendre les urines ou pour aller à la garde-robe, et l'on s'aperçoit d'une tumeur vers la région hypogastrique. Cette tumeur est molle, rénitente, peu sensible. Elle augmente légèrement de volume et devient plus dure aux époques menstruelles.

Le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale permettra de reconnaître une augmentation plus ou moins considérable de l'utérus et l'effacement des lèvres du col.

Quand le toucher vaginal ne peut être pratiqué à cause de l'absence de vagin, on pourra encore reconnaître la présence de la tumeur par le toucher rectal, en introduisant en même temps une sonde métallique dans la vessie. De cette façon on jugera du volume de la tumeur par la distance qui séparera le doigt de la sonde.

Le volume de l'utérus ainsi distendu est essentiellement variable, on l'a vu dans certains cas s'élever jusqu'à la hauteur de l'ombilic.

Ordinairement, outre la tumeur formée par l'utérus, on perçoit latéralement deux autres tumeurs formées par les trompes qui sont aussi distendues. Cette distension serait due, d'après certains auteurs, au reflux du sang de l'utérus vers la trompe ; cela peut être assurément, mais on a constaté presque toujours que l'orifice utérin de ces trompes était oblitéré, ce qui indique que le sang peut s'accumuler dans ces conduits comme il s'accumule dans la cavité utérine.

Quand la tumeur est assez considérable, il survient des troubles généraux notables, les digestions se font mal, il y a même des vomissements et un certain degré d'amaigrissement.

Les douleurs deviennent aussi plus intenses.

(1) Bernutz, *Rétentions menstruelles*. (*Archives de médecine*, 1848, 4e série, t. XVII, XVIII et XIX.)

L'accident qui est le plus à redouter quand la tumeur a acquis un volume considérable, c'est la rupture des parois de la matrice ou des trompes. Cette rupture, quand elle se fait dans le péritoine, est le plus souvent suivie d'une péritonite rapidement mortelle. M. Bernutz (1) cite un cas où le liquide épanché s'est enkysté et où il se fit ensuite un trajet fistuleux dans le rectum qui permit au sang de s'écouler. Duparcque (2) a vu une fois l'utérus distendu et accolé à l'estomac, s'ouvrir dans cette cavité. Puech rapporte que l'utérus s'étant ouvert dans la vessie, il se produisit une fistule et que la femme rendit tous les mois du sang avec ses urines.

§ III. — Diagnostic.

L'absence des règles et l'augmentation du volume de l'utérus peut faire croire à une grossesse commençante. Le diagnostic est souvent très-difficile et commande une grande réserve,

L'accumulation du sang et l'hydrométrie se distingueront en ce que, dans le premier cas, il y a un accroissement saccadé de la tumeur coïncidant avec les époques menstruelles.

L'aménorrhée par rétention du flux menstruel doit être distinguée de l'aménorrhée due à une absence d'utérus. On a vu en effet que quand les ovaires existent, bien que l'utérus fasse défaut, il se fait tous les mois un molimen hémorrhagique qui pourrait faire croire à la rétention du flux menstruel ; dans ce cas l'absence de tumeur éclairera suffisamment le diagnostic.

Quelquefois il se fait à chaque époque menstruelle un certain écoulement de sang, mais néanmoins tout le sang provenant de la muqueuse n'est pas expulsé au dehors et une partie s'accumule dans l'utérus. On reconnaîtra cette accumulation à la présence de la tumeur utérine et aux autres symptômes de la rétention que nous avons signalés.

Quant au diagnostic de la cause et du point où siége l'obstruction, un examen minutieux de la malade permettra le plus souvent d'arriver au diagnostic.

§ IV. — Traitement.

On a vu que dans quelques cas la guérison peut se faire spontanément, quand le sang épanché vient à être évacué spontanément, mais le plus souvent on est obligé de recourir à une opération.

Dans les cas de rétention par atrésie de l'orifice du col ou du vagin, la première chose à faire est de supprimer l'obstacle à l'écoulement sanguin. Mais cette opération, quand même elle est très-simple, peut être suivie d'accidents graves et même mortels; aussi il importe au plus haut degré

(1) Bernutz, *Clinique médicale des maladies des femmes*. 1860, t. I, p. 308.
(2) Duparcque, *Traité des ruptures de la matrice*, 1839, p. 13.

de la faire au moment du plus grand état d'inertie des organes sexuels c'est-à-dire huit à dix jours après les règles.]]

Si le canal vaginal est oblitéré, on peut en établir un artificiel par le bistouri, si toutefois l'étendue du périnée le permet ; sinon les parties doivent être doucement partagées comme dans l'observation d'Amussat, que nous avons rapportée, en ayant soin de maintenir l'ouverture béante au moyen de charpie, d'une tente, d'éponge, d'une bougie. Si ce procédé ne peut être suivi, on pourra ponctionner l'utérus par le rectum, et il sera possible de l'évacuer par cette voie. [[Dans ce cas, il faut craindre de pénétrer dans le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal qui descend plus ou moins bas suivant les sujets; ce qui amènerait un épanchement de sang dans la cavité du péritoine et une péritonite probablement mortelle.]] Des sangsues, des applications froides, des fomentations, des cataplasmes peuvent être utiles joints à l'emploi de légers laxatifs et des narcotiques.

[[Quand l'atrésie porte sur le col de l'utérus, on pourra pénétrer dans la cavité de cet organe à l'aide d'un trocart ou d'un bistouri.

Si la rétention des menstrues tient à la congestion avec engorgement du col, ou à une contraction spasmodique des fibres musculaires lisses, on se trouvera bien le plus souvent d'une application de sangsues; les antispasmodiques sont aussi indiqués.

Si l'obstruction est due à une flexion du col, ou à la présence d'un polype, on conçoit que c'est contre ces maladies que le traitement devra être dirigé.]]

Quand l'obstacle à l'écoulement du sang est détruit, il s'écoule un liquide rouge foncé, noirâtre, et l'écoulement dure plusieurs jours jusqu'à ce que la cavité utérine soit vide. A l'époque suivante, les règles prennent leur cours normal et la santé se rétablit graduellement. Il faut injecter de l'eau chaude dans le vagin et entourer le ventre d'une bande un peu large pour le soutenir. Quand tout danger d'inflammation est passé, on donnera avec avantage des toniques, des préparations ferrugineuses et du vin. Il faut tenir le ventre libre, conseiller un peu d'exercice et en général tous les moyens propres à améliorer l'état général de la malade.

CHAPITRE III

MENSTRUATION IRRÉGULIÈRE

Dans cette variété des troubles de la menstruation, il faut ranger les cas où l'écoulement menstruel a lieu avec irrégularité quant à l'époque, à la qualité du sang et à sa quantité. Les intervalles peuvent être tantôt plus courts, tantôt plus longs, la quantité du sang peut être plus ou moins

grande, ses caractères peuvent varier. Quelquefois ces époques irrégulières peuvent alterner avec des époques très-régulières.

[[La menstruation irrégulière doit être considérée comme un degré de l'aménorrhée par suppression. Supposons en effet, que le retour périodique de la menstruation, au lieu de se faire après 27 ou 28 jours, ne revienne qu'après 30 ou 40 jours; ce n'est là d'abord qu'un retard qui, s'il se prolonge, devient une véritable aménorrhée.

De même si la quantité de sang évacué à chaque époque diminue en quantité ou si le liquide évacué est à peine sanguinolent, nous sommes dès lors bien près de l'aménorrhée, car le liquide sanguin peut diminuer de plus en plus et se réduire à rien.]]

§ I. — Symptômes.

Les symptômes dans ces cas diffèrent seulement en intensité de ceux qu'on observe dans les autres variétés de l'aménorrhée. Quelques maux de tête, de la dyspepsie, de la pâleur, de la constipation, des douleurs dans le dos, dans les flancs, alternant avec des périodes de santé parfaite, correspondant aux époques; tel est le cortége symptomatique qu'on rencontre le plus souvent.

§ II. — Traitement.

Le traitement légèrement modifié de l'aménorrhée sera généralement approprié. Les préparations ferrugineuses ont une utilité marquée; si toutefois il y a quelque contre-indication à leur emploi, on aura recours à d'autres toniques. Si ceux-ci n'atteignent pas le but, on pourra avec circonspection faire usage de certains emménagogues, et sans aucun doute, le meilleur de tous est l'exercice en plein air.

CHAPITRE IV

MENSTRUATION SUPPLÉMENTAIRE (1).

Nous avons déjà dit que toute grande dérivation portant sur la constitution, telle que, par exemple, une large saignée, une purgation énergique, dans l'intervalle de deux époques, peut remplacer l'écoulement menstruel, et cela sans apporter de trouble dans l'économie. Ce principe d'une

(1) Mojon, *Recherches sur la menstruation* (*Revue médicale*, mars 1836). — Dufour, *Traité de la menstruation*. Paris, 1837. — Brierre de Boismont, *De la menstruation. Faire connaître l'influence que cette fonction exerce sur les maladies et celle qu'elle en reçoit* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1841, t. IX, p. 104). — Raciborski, *De la puberté et de l'âge critique chez la femme*. Paris, 1844; *Traité de la menstruation*. Paris, 1868. — Bernard, *Union médicale*, 1857, n° 127.

évacuation supplémentaire qui vient en remplacer une autre, se trouve parfois confirmé par l'évolution des phénomènes naturels. Dans beaucoup de cas, et principalement dans le cas de suppression des règles, quand la congestion menstruelle ou quand le molimen menstruel a lieu sans qu'il y ait de sécrétion utérine, si l'économie souffre de pléthore ou de la distribution irrégulière du sang, la nature tend d'elle-même à soulager le mal, et l'on voit se produire une hémorrhagie supplémentaire sur quelque autre point, généralement sur un point déjà affaibli. On donne à cette hémorrhagie le nom de *menstruation supplémentaire*. C'est ainsi qu'on a vu les règles prendre leur cours par le nombril, les yeux, les oreilles, les gencives, les poumons, l'estomac, les bras, la vessie, les mamelles, l'extrémité des doigts, les orteils (1), les diverses jointures, l'aisselle, un moignon de membre amputé, des ulcères, des tumeurs variqueuses, et généralement par toute la surface de la peau (2). Ce sont cependant les membranes muqueuses qui ont le plus d'étendue, telles que les membranes pulmonaire et intestinale, qui sont ordinairement le siége de ces exhalations. J'ai vu une malade qui eut ainsi une hémorrhagie supplémentaire par les poumons au début d'une grossesse, et ce fait se répéta dans deux grossesses successives.

Siebold (3) rapporte l'observation d'une dame qui avait à la place de ses règles une excessive salivation, et j'ai vu un fait semblable au dispensaire de Wellesley.

Blundell raconte avoir vu à l'hôpital Saint-Thomas une femme qui avait toutes les trois semaines, et il en fut témoin trois fois de suite, un écoulement par un ulcère de la main, à la place de la sécrétion utérine. Dans ce cas, il faut remarquer que deux ou trois heures avant le début de l'écoulement, les artères radiale et cubitale étaient agitées par des palpitations intenses.

Law m'a communiqué les détails d'un fait de ce genre, qu'il eut l'occasion d'observer à l'hôpital de sir P. Dun.

Observation I. — Marie Murphy, âgée de vingt et un ans, était d'une mauvaise santé et sujette à des maux de tête très-pénibles avant son entrée à l'hôpital. Pendant son séjour, les règles manquèrent une fois, et peu de temps après, elle fut prise par les deux oreilles d'une hémorrhagie qui se répéta à divers intervalles. Chaque perte durait plusieurs heures de suite ; souvent elle perdait de 450 à 500 grammes de sang qui ne se coagulait pas, et l'on ne

(1) *London Medic. Gazette*, novembre 1839.

(2) Capuron, *Traité des maladies des femmes*, 2e édition. Paris, 1817, p. 120. — Astruc, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1761, vol. I, p. 158. — Haller, *Elementa Physiologiæ corporis humani*. Lausanne, 1757. — Hamilton, *Medical Commentaries*, vol. XI, p. 337. — Astbury, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. XVII, p. 341. — *Mem. of med. Society*, t. III, p. 502. — Davis, *Obstetric Medicine*, vol. I, p. 242. — Locock, *Cyclop. of pract. Med.*, vol. I, p. 71. — *Med. Gazette*, 29 juillet 1837.

(3) Siebold, *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmer Krankheiten*. Frankfurt am Main, 1821, vol. I, p. 338.

pouvait pas tirer du sang par le bras. Grâce à un traitement convenable, la santé générale se fortifia, les intervalles entre les hémorrhagies augmentèrent, mais l'écoulement de sang, quoique modifié, persistait encore par l'oreille quand elle quitta l'hôpital. Après son départ, elle fut atteinte de vomissements de sang, ce qui diminua jusqu'à un certain point les écoulements de sang par l'oreille ; ils ne se reproduisaient plus qu'une ou deux fois par mois. Elle rentra à l'hôpital à cause de ce nouvel accident, et resta dans le même état pendant un certain temps. Chaque mois un effort hémorrhagique se produisait du côté de l'utérus. A la fin, les hémorrhagies furent remplacées par une diarrhée très-abondante, qui mit fin aux autres indispositions, et céda elle-même à l'emploi de l'opium. La quantité de sang que cette femme perdit doit avoir été très-considérable, et il est fort remarquable qu'elle n'ait cependant éprouvé aucune des conséquences fâcheuses des hémorrhagies graves.

A ce sujet, Ashwell raconte que dans un cas l'hémorrhagie se produisait par les mamelles, dans l'autre par l'oreille.

Observation II. — Cette malade était une enfant de Londres âgée de douze ans. Elle commença à être réglée à onze ans et huit mois et le fut régulièrement pendant trois mois, après quoi les règles s'arrêtèrent brusquement. Une hémoptysie accidentelle survint alors, puis à l'époque suivante le sang s'écoula par les deux oreilles (1).

Observation III. — Charles Wase a rapporté un cas dans lequel une hémoptysie se produisit chaque mois tant que la femme fut nourrice ; cette femme avait été réglée tout le temps de sa grossesse (2).

Observation IV. — Dunlap a raconté l'histoire d'une jeune femme qui avait une menstruation supplémentaire considérable par la bouche et les gencives. Elle perdait à peu près 6 *quarts* de sang. Cette dame était excessivement affaiblie. Un jour, elle fut prise d'une douleur très-violente dans le côté : des ventouses scarifiées furent appliquées, et il fut impossible d'arrêter le sang des scarifications ; elle mourut en moins de six heures (3).

Observation V. — Villartay a raconté l'histoire d'une jeune fille qui fut atteinte d'aménorrhée pendant un an. Chaque mois, à l'époque ancienne des règles, elle dormait trois ou quatre jours de suite; elle n'avait aucune douleur de tête ; le sommeil était en apparence très-normal, et, du reste, dès que les règles furent revenues, ce phénomène cessa (4).

[[Nous trouvons dans West (5) deux observations curieuses d'hémorrhagies supplémentaires.

(1) Ashwell, *Guy's Hospital Reports*. London, n° V, p. 156.
(2) Wase, *American medical Journal*, avril 1850, p. 371.
(3) Dunlap, *Edinburgh monthly Journal*, octobre 1850, p. 375.
(4) Villartay, *Journal de médecine et de chirurgie*, février 1850, p. 77.
(5) West, *Leçons sur les maladies des femmes*. Trad. française, 1870, p. 47, note de Mauriac.

La première appartient au docteur Guépin. Il s'agit d'un cas d'hémorrhagie supplémentaire dans la chambre antérieure de l'œil.

Observations VI et VII. — Mademoiselle X., âgée de dix-huit ans, d'une bonne constitution, sujette aux battements de cœur, est réglée depuis trois ans. A chaque époque menstruelle l'écoulement sanguin a été suivi d'épistaxis supplémentaires. Les menstrues ont été régulières tous les 30 ou 32 jours. La quantité de sang perdu à chaque fois varie énormément. Une fois l'épistaxis a manqué et il s'est produit sans douleur un épanchement sanguin dans l'un des yeux. Cet épanchement est à cheval sur le bord libre de l'iris et remplit toute la partie inférieure de la chambre antérieure. La pupille est ouverte et libre. Pas d'inflammation secondaire. Guérison au bout de dix jours.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme non mariée et présentant un certain degré de monomanie religieuse. Depuis trente ans et plus on avait observé les phénomènes suivants; la menstruation était suspendue, et aux époques cataméniales, il se faisait dans quelques parties du corps une hémorrhagie, prédite par la malade à jour et à moment précis. Le docteur Giachi fut témoin d'une de ces hémorrhagies, par la région frontale, prédite par la malade. Il se fit par le milieu du front un écoulement à jet filiforme non interrompu, de 6 onces de sang rose pâle, légèrement coagulable. Une autre fois c'est par la région sternale que se fit l'hémorrhagie. Du reste pas de trouble local, il ne restait qu'une toute petite ecchymose semblable à une piqûre de puce.]]

En général, les écoulements supplémentaires sont des écoulements de sang. L'hémorrhagie apparaît subitement et continue par intervalles pendant plusieurs jours; à moins que la quantité de sang ne soit dès l'abord considérable, et dans ce cas, la première hémorrhagie peut être aussi la dernière. Le malaise général et local dont la malade a souffert antérieurement cesse le plus ordinairement dès que ces écoulements supplémentaires apparaissent; cependant la santé n'est pas complétement rétablie. Ces anomalies peuvent se produire à une seule époque et à l'époque suivante les règles reviennent; ou bien elles se reproduisent plusieurs mois de suite, précédées chaque fois pendant un jour ou deux par les symptômes ordinaires de la menstruation. Ces hémorrhagies supplémentaires peuvent quelquefois faire croire à une maladie très-grave, comme dans les cas d'hémoptysie ou d'hématémèse; en général, elles ne sont pas accompagnées par des troubles fonctionnels sérieux, et elles n'ont pas non plus de conséquences plus graves que celles qui résultent d'une perte de sang. Une hémorrhagie qui ressemble à la menstruation supplémentaire survient parfois au début de la grossesse ou bien à l'époque de la ménopause; cette hémorrhagie est plutôt une dérivation utile et prévient des congestions locales sérieuses.

§ I. — Causes.

La cause immédiate est la suppression brusque d'une hémorrhagie

habituelle ; mais pourquoi la nature fait-elle un effort de ce genre pour prévenir un trouble fâcheux de tout l'organisme ? c'est ce qu'il est impossible d'expliquer. L'écoulement se fait par tel ou tel organe à cause de la délicatesse antérieure des tissus.

§ II. — Diagnostic.

A la première apparition de sang, ce curieux phénomène peut causer tout à la fois de l'alarme et un embarras comme diagnostic, surtout, ainsi que je l'ai dit, parce qu'il survient chez les femmes d'une faible constitution et dans des organes délicats. On jugera de la nature de cet accident en tenant compte de la simultanéité de l'aménorrhée et de l'époque menstruelle. Le diagnostic deviendra tout à fait certain si les signes et symptômes ordinaires de ces hémorrhagies locales viennent à manquer, et si les troubles généraux qui accompagnent les affections locales manquent également.

§ III. — Pronostic.

J'ai vu très-peu de cas de ce genre être suivis d'une terminaison fatale, et je ne pense pas que les organes ou les tissus ainsi affectés passagèrement soient plus exposés à des maladies, j'ai vu plusieurs fois les fonctions de l'organe continuer normalement après que l'écoulement avait cessé.

Dans la plupart des observations citées par les auteurs, l'utérus avait repris à un moment donné son action, et l'écoulement supplémentaire avait cessé. Il semble donc qu'il n'y a pas à s'effrayer si ces hémorrhagies se renouvellent; en même temps, il faudra surveiller avec grand soin la santé de la malade quand l'hémorrhagie se produit dans un organe important et délicat.

§ IV. — Traitement.

Si l'attaque a lieu sans prodromes, il n'y a qu'à surveiller la malade ; si le sang vient des poumons, il faut administrer de l'opium, soit seul, soit combiné avec des acides minéraux ou de l'acétate de plomb, et il faut déterminer une irritation dérivative dans le but de modérer l'écoulement du sang. J'ai vu retirer un grand bénéfice de l'emploi de la *Indian hemp* (chanvre indien) à la dose de 5 gouttes trois fois par jour ; on peut administrer ce médicament dans le cas où l'opium n'est pas supporté. Si l'hémorrhagie vient de l'estomac, on prescrit l'opium avec le sous-nitrate de bismuth.

Si par suite d'une hémorrhagie antérieure ou de toute autre circonstance il y a lieu de craindre de nouveaux accidents, il faudrait agir de manière à fortifier toute la constitution et à stimuler en même temps l'activité de l'utérus. Des ventouses scarifiées sur le sacrum, des sangsues à la vulve

ou à l'anus seront appliquées de préférence à une saignée du bras. Dans l'intervalle la malade sera soumise au traitement de l'aménorrhée simple. On prescrira des toniques végétaux ou minéraux, et particulièrement des préparations de fer. Si l'on ne réussit pas par ces moyens et qu'il n'y ait point de contre-indication formelle, soit dans la constitution de la malade, soit dans le caractère et le siége de l'affection secondaire, il faudra avoir recours aux médicaments qui agissent directement sur le système utérin.

CHAPITRE V

DYSMÉNORRHÉE. — MENSTRUATION DIFFICILE OU DOULOUREUSE.

L'aménorrhée a été définie l'absence de la sécrétion menstruelle. La dysménorrhée est l'affaiblissement de cette puissance de sécrétion, et en même temps il peut se faire que la sécrétion et l'émission du sang soient accompagnées de douleurs. Le caractère distinctif de cette maladie n'est donc pas la diminution du sang des règles, mais la douleur qui accompagne la sortie du sang. Les règles peuvent être rares, abondantes, ou dans leur proportion habituelle.

[[D'après M. Siredey (1), ce qui caractérise la dysménorrhée, c'est la difficulté et l'irrégularité de la menstruation, ce sont les efforts et la lutte douloureuse de l'organisme dans le travail préparatoire à l'excrétion des règles et dans leur écoulement hors des voies génitales.

Nous admettrons avec le même auteur que la dysménorrhée n'existe pas comme entité morbide, et qu'elle n'est qu'un symptôme commun à des affections très-diverses.]]

La dysménorrhée peut exister à chaque époque menstruelle, il est très-rare qu'elle n'existe qu'à une ou deux époques. Dans quelques cas elle existe dès le début de la menstruation et persiste pendant toute la vie. L'intensité de la douleur varie beaucoup, elle peut être très-modérée, et ne durer chaque fois que quelques heures, ou bien elle peut être très-prononcée, donner lieu à des syncopes, et par suite de ces attaques répétées, faire de la malade une invalide chronique; le caractère de la douleur et les symptômes concomitants varient suivant la constitution des individus. A ce point de vue, on peut admettre trois formes de dysménorrhée : *dysménorrhée névralgique*, *dysménorrhée congestive* ou *inflammatoire*, et *dysménorrhée mécanique* produite par un obstacle qui siége au col utérin.

(1) Siredey, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. DYSMÉNORRHÉE, 1870.

ARTICLE PREMIER.

DYSMÉNORRHÉE NÉVRALGIQUE.

[[La dysménorrhée nerveuse appelée aussi *idiopathique*, *essentielle*, *hystéralgique*, *spasmodique*, porte improprement ce nom, car elle est elle-même sous la dépendance d'une névrose partielle ou générale.

Le nom de dysménorrhée spasmodique lui conviendrait mieux, comme nous le verrons bientôt au paragraphe consacré à la pathologie.]]

Cette forme peut attaquer les femmes de tout âge, et je l'ai vue plus fréquente après trente ans, plus fréquente encore chez les femmes, mariées ou non mariées, qui n'ont pas eu d'enfants. Elle existe de préférence chez les personnes d'un tempérament nerveux et d'une constitution délicate.

Les paroxysmes menstruels présentent tous les caractères d'une attaque névralgique. Pendant un jour ou deux avant l'attaque, les malades éprouvent un malaise général, une sensation profonde de froid, ou, comme une malade me l'a décrit, les os des extrémités ressentent un froid glacial. Un violent mal de tête peut précéder ou suivre le flux du sang; j'ai vu quelquefois les douleurs de tête alterner régulièrement avec les douleurs dans les reins. Les douleurs commencent au niveau du sacrum, et s'étendent en ceinture jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen et jusqu'à la partie supérieure des cuisses. [[Beaucoup de femmes nous rendent bien compte des sensations qu'elles éprouvent. Elles comparent leurs douleurs à des crampes et aux contractions de l'utérus pendant le travail de l'accouchement ou après l'administration de l'ergot de seigle à une dose assez élevée.]] Dans quelques cas cette douleur est continue et sans rémission ; dans d'autres, elle se produit par paroxysmes, avec des intervalles de repos. L'intensité des douleurs varie beaucoup, parfois elles sont très-violentes, beaucoup plus violentes que dans les autres formes de dysménorrhée. La période qui s'écoule entre le début des douleurs et l'apparition des règles est très-variable; elle peut être de quelques heures, elle peut durer un jour ou deux. Une sensation de pesanteur, de poussement insupportable, vient souvent augmenter beaucoup le malaise des malades. Enfin, après un temps plus ou moins long, les règles apparaissent, quelquefois très-lentement et en petite quantité, quelquefois même par gouttes. [Il n'est pas rare que les règles paraissent d'abord, et que, après un temps variable, surviennent des douleurs quelquefois intolérables.] Elles peuvent cesser après un jour ou deux pour reparaître ensuite. L'abondance de l'écoulement varie beaucoup, non-seulement suivant les personnes, mais chez la même femme, suivant les époques. Le sang peut être abondant, rare, d'aspect normal, quelquefois un peu plus pâle, ou bien mélangé de petits caillots.

[[La région hypogastrique est douloureuse à la pression, mais on n'y trouve aucune tumeur anormale.]]

Beaucoup de femmes, à chaque époque menstruelle, ont des douleurs lombaires tellement violentes, que l'on pourrait croire à une attaque mensuelle d'ovarite. [[Il existe même un peu de tuméfaction au niveau des ovaires. C'est cette forme que Raciborski a désignée sous le nom de *Dysménorrhée ovarique* (1). Il est rare de rencontrer cet état seul, sans complications spasmodiques du côté de l'utérus.]]

Presque toutes les femmes, du reste, éprouvent à chaque époque des troubles si profonds, des douleurs si violentes, qu'on en arrive à se demander si la menstruation, de même que la parturition, doit être rangée parmi les phénomènes physiologiques ou parmi les accidents pathologiques.

Le col subit les changements ordinaires. A chaque époque menstruelle, il se tuméfie, devient moins dense, et subit en même temps une augmentation de température. L'orifice de l'utérus est plus ouvert que dans l'intervalle de deux époques; l'apparition des règles n'est pas immédiatement suivie de soulagement, comme il arrive souvent dans la dysménorrhée inflammatoire; la douleur cède graduellement, alternant avec des douleurs névralgiques sur d'autres points du corps, tels que, par exemple, la face, les gencives, etc. Pendant les crises, le pouls est rarement accéléré, il est plutôt diminué comme force. Il n'y a pas de fièvre, et la malade semble être moins affaiblie que l'on n'aurait pu s'y attendre. Chaque crise peut durer de vingt-quatre heures à quatre ou cinq jours, après quoi la malade se rétablit promptement. Des troubles très-peu importants se produisent dans d'autres organes, les fonctions des intestins s'accomplissent régulièrement, et l'appétit est très-peu modifié.

J'ai décrit cette forme de dysménorrhée avec les phénomènes que nous avons ordinairement à observer; mais sous peine d'omission grave, il faut dire que, dans beaucoup de cas, la santé des malades est très-sérieusement atteinte dans l'intervalle même des époques. Ainsi, telles femmes sont sujettes à des maux de tête très-violents, d'autres à des douleurs dans les reins tellement violentes qu'elles ne peuvent ni marcher ni rester debout, et qu'elles sont forcées de rester étendues sur un canapé ou même de garder le lit constamment. Comme conséquence naturelle de ces souffrances et de cette inaction, les fonctions de l'estomac et des intestins se dérangent, et la santé générale se trouve sérieusement atteinte.

§ I. — Pathologie.

[[Nous admettrons avec Raciborski, que cette variété de dysménorrhée est due à un spasme des fibres musculaires de l'appareil utéro-ovarien.

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*. Paris, 1868, p. 547.

Nous connaissons depuis les expériences de M. Rouget (1), la nature musculaire des ligaments larges et de l'ovaire, nous savons que ces ligaments larges contiennent dans leur épaisseur un grand nombre de fibres musculaires, qui communiquent d'un côté avec les fibres de l'utérus, de l'autre avec celles de l'ovaire ; de plus l'utérus, l'ovaire et la trompe communiquent par l'intermédiaire des ligaments utéro-ovarien et tubo-ovarien. Cette communication de tout l'appareil utéro-ovarien nous explique comment un spasme qui a son point de départ du côté de l'utérus ou de l'ovaire s'étendra à toutes les fibres musculaires qui entrent dans la composition de cet appareil.

Deux points principaux de cet appareil entrent en contraction à l'état physiologique; c'est la portion bulbeuse de l'ovaire et l'utérus. « Que la déhiscence de l'ovaire soit spontanée ou provoquée, dit M. Sappey (2), son mécanisme ne diffère pas sensiblement; elle reconnaît toujours pour cause première la turgescence ou plutôt l'érection du bulbe, dans lequel le sang afflue avec d'autant plus d'abondance que la vésicule est plus volumineuse. Au début de son évolution, il se laisse déprimer. A mesure qu'elle s'accroît, le sang s'accumulant dans la trame érectile, dont les faisceaux musculaires se contractent, il réagit avec plus d'énergie, refoule au dehors la vésicule qui de son côté tend à le refouler en sens contraire pour satisfaire à son mouvement d'extension. — De cette lutte établie entre deux organes, qui se repoussent mutuellement, résulte la déhiscence de celle-ci et l'expulsion de l'ovule. »

« Chaque déhiscence, fait remarquer Raciborski, est donc déjà accompagnée de spasme physiologique des fibres musculaires de la portion bulbeuse de l'ovaire, qui se répète à l'instant dans l'utérus, où, d'après l'observation de M. Rouget, il y a aussi en plusieurs endroits des appareils musculo-vasculaires ou érectiles destinés à tenir cet organe à l'unisson avec l'ovaire.

« Que par une cause quelconque, le spasme physiologique dépasse ses limites, et tout de suite la lutte dont parle M. Sappey, va s'accentuer davantage et nous pouvons voir survenir, aussi bien du côté de l'ovaire que du côté de l'utérus, des contractions spasmodiques douloureuses qui constituent le caractère fondamental de la dysménorrhée (3). »]]

§ II. — Causes.

Le froid, principalement pendant les règles, à la suite d'une fausse couche ou d'un accouchement normal, est très-souvent la cause de dysménorrhée. Les émotions subites, les impressions morales, telles qu'un vif chagrin, une contrariété, la jalousie, etc., ont été souvent le point

(1) Rouget, *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, 1858.
(2) Sappey, *Traité d'anatomie descriptive*, 1re édit., t. III, p. 636.
(3) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 560.

de départ de cette affection, et principalement quand cette impression morale survenait au moment ou dans les environs de l'époque menstruelle.

§ III. — Diagnostic.

La seule erreur qui puisse être faite, c'est de confondre une attaque de dysménorrhée avec une fausse couche, à cause de la douleur et des contractions expulsives que la malade accuse. Cependant, si la malade est sujette à des désordres de menstruation, on trouvera que, dans les deux ou trois mois précédents, elle a eu des crises précisément semblables. Cet antécédent sera décisif. De plus, on peut observer que l'écoulement qui se produit dans l'avortement est franchement sanguinolent, n'a rien du sang des règles, et que, comme quantité, il est ordinairement beaucoup plus abondant que les pertes menstruelles.

§ IV. — Traitement.

Il y a deux ou trois considérations pratiques qui se présentent tout d'abord : 1° Quand la maladie dure depuis longtemps et que la constitution a été profondément altérée, on ne peut qu'à grand'peine guérir cette dysménorrhée, à moins de pouvoir améliorer la santé générale; d'autre part, pour améliorer la santé générale, il est essentiel de guérir cette dysménorrhée. 2° Quand l'écoulement est abondant, les chances de guérison sont plus nombreuses ; quand l'écoulement est rare, c'est tout au plus si l'on peut apporter quelque soulagement. 3° Dans tous les cas, il faut tenir grand compte de l'âge des malades; vers quarante ans, ou même plus tard, on peut espérer que les douleurs disparaîtront à l'époque de la ménopause.

Les indications sont doubles : 1° *soulager la douleur pendant la crise*, *et* 2° *prévenir le retour des crises par un traitement approprié.* Ce sont les *sédatifs* qui rendent le plus de services. On peut administrer l'opium par grains toutes les deux heures : on commence à la première sensation de douleur dans les reins, et l'on continue jusqu'à ce qu'on ait obtenu un soulagement. Si l'opium devait troubler les fonctions de l'estomac, on l'administrerait sous forme de lavement; si la tête était embarrassée, on pourrait essayer l'acétate ou le muriate de morphine, les gouttes noires, la belladone, la ciguë, etc. On apportera un grand soulagement en introduisant un pessaire opiacé dans le vagin avant que l'écoulement commence; mais une fois l'écoulement commencé, on ferait usage d'un suppositoire opiacé. Le camphre, soit seul, soit combiné avec l'opium, paraît être encore fort utile. Je me suis bien trouvé de l'usage de la teinture de résine d'*Indian hemp* (chanvre indien), dans les cas de dysménorrhée névralgique avec écoulement abondant. Cette teinture n'arrête pas seulement l'écoulement, mais encore soulage la douleur. La dose est de 5 à

6 gouttes trois fois par jour dans un peu d'eau. Massuyer, de Strasbourg (1), Jules Cloquet (2) et Patin ont prescrit avec succès l'acétate d'ammoniaque à doses modérées. Dewees (3) et Gooch ont, en pareil cas, donné avec succès le seigle ergoté. J'ai prescrit moi-même ce dernier médicament : il parut d'abord diminuer la douleur ; mais il échoua ensuite complétement. La dose est de 25 centigrammes trois fois par jour, et l'on ne doit le faire prendre que dans les cas où l'écoulement est abondant.

[[Ce médicament doit être complétement rejeté : nous savons en effet qu'il amène la contraction des fibres musculaires ; il produirait dès lors un effet inverse de celui qu'on veut obtenir.]]

J'ai obtenu le plus grand succès par l'usage d'injections vaginales répétées chaque jour avec de l'eau tiède ou de l'eau froide.

Mojon, de Gênes (4), a injecté de l'acide carbonique dans le vagin, et il a obtenu un soulagement immédiat et consécutivement le rétablissement d'une menstruation régulière.

D'après les expériences faites par Simpson (5) et par moi-même, je pense que ce moyen mériterait d'être expérimenté plus complétement.

[En France, les injections vaginales d'acide carbonique ont été employées dans la maladie dont il s'agit dans ce chapitre et dans toutes les affections douloureuses de l'utérus. Les résultats obtenus ont varié beaucoup. Follin (6) et Broca en ont obtenu de très-remarquables, tandis que Scanzoni n'aurait pas réussi. Demarquay et Monod pensent que ces injections sont d'autant plus efficaces qu'elles sont faites dans les cas où la muqueuse est détruite. Ainsi les douleurs du cancer utérin sont quelquefois très-rapidement calmées par ce moyen. Follin, qui s'est beaucoup servi des douches d'acide carbonique dans les maladies de l'utérus, a également employé ce gaz comme anesthésique dans les opérations sur la matrice. L'appareil le plus commode et le plus maniable pour l'administration de ces douches est celui qui est connu sous le nom d'*appareil gazo-injecteur de Fordos* (fig. 58).

Lorsque l'on veut faire marcher l'appareil pour administrer des douches ou des injections d'acide carbonique, on enlève le tube d'étain et l'on introduit dans la carafe des *cristaux* d'acide tartrique, de manière qu'ils soient placés au fond du vase ; on ajoute par-dessus du bicarbonate de soude en poudre, et puis, enfin, une suffisante quantité d'eau. Voici les doses que Fordos (7) emploie habituellement :

(1) Massuyer, *Mém. de la Société d'agriculture du département de l'Aube*, n° 36.

(2) Jules Cloquet, *De l'emploi de l'acétate d'ammoniaque dans les cas d'aménorrhée* (*Arch. gén. de méd.*, 1826, t. XII, p. 657).

(3) Dewees, *Diseases of females*, p. 137.

(4) Mojon, *De l'emploi du gaz carbonique pour combattre l'aménorrhée* (*Bulletin de thérapeutique*, 1834, t VII, p. 350).— Furnari, *Bulletin de thérapeutique*, 1837, t. XIII, p. 203.

(5) Simpson, *A few Observations on carbonic acid air as a local anæsthæsic in uterine diseases* (*Edinb. med. Journ.*, juillet 1856).

(6) Follin, *Archives de médecine*, 1856, t. VIII.

(7) Fordos, *Journal de pharmacie*, 1858, 3e série, t. XXXIII.

30 grammes d'acide tartrique en *cristaux* gros comme des noisettes;
38 grammes de bicarbonate de soude en poudre;
1/4 de litre ou un grand verre d'eau.

On laisse marcher la réaction pendant quinze à vingt minutes sans agiter la carafe ; on agite alors de temps en temps si le dégagement du gaz se ralentit. L'acide carbonique se dégage par la réaction de l'acide tartrique sur le bicarbonate de soude, et, comme ces deux corps sont employés à l'état solide, le gaz ne se produit qu'au fur et à mesure de sa dissolution dans l'eau. L'acide carbonique traverse le tube d'étain, où il rencontre les fragments de marbre et les morceaux d'éponge qui le tamisent et le débarrassent des particules salines ou acides entraînées mécaniquement.

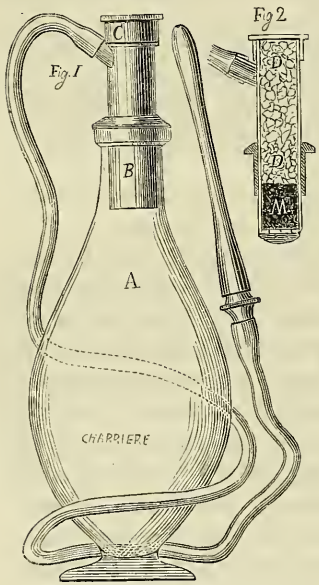


Fig. 58. — Appareil gazo-injecteur de Fordos (*).

On introduit d'abord les *cristaux* d'acide tartrique de manière qu'ils soient placés au fond de la carafe; l'acide carbonique qui se produit à leur surface soulève et agite le bicarbonate de soude, ce qui facilite la dissolution de ce corps et sa décomposition. On obtient ainsi un dégagement de gaz régulier et abondant. Si l'on opère différemment, si, par exemple, on commence par introduire dans la carafe le bicarbonate de soude, celui-ci se tasse au fond du vase; il est plus difficilement attaqué par l'acide tartrique, et l'on n'obtient un dégagement convenable de gaz que pendant sept à huit minutes; le dégagement se ralentit alors, et pour l'activer il est nécessaire d'agiter l'appareil.

Si l'on veut donner une injection vaginale, on doit avoir la précaution d'introduire la canule dans le vagin avant de charger l'appareil.

Les accidents sont peu à redouter à la suite des injections d'acide carbo-

(*) *Fig.* 1, le gazo-injecteur; *fig.* 2, une coupe perpendiculaire du tube d'étain.

L'appareil gazo-injecteur (*fig.* 1) se compose : 1° d'une carafe; 2° d'un tube d'étain; 3° d'un tube de caoutchouc terminé par une canule.

La carafe (*fig.* 1, A), semblable aux siphons à eau gazeuse et de verre épais, est de la capacité d'un litre.

Le tube d'étain (*fig.* 1, B) est ajusté sur le goulot de la carafe et fait l'office de bouchon. Il a la forme d'un étui et porte dans son intérieur une couche de fragments de marbre au fond (*fig.* 2, M) et par-dessus une couche plus épaisse de morceaux d'éponge (*fig.* 2, DD); il est percé de trous à la partie inférieure pour livrer passage au gaz; il est fermé à la partie supérieure par un couvercle vissé (*fig.* 1, C) que l'on peut enlever à volonté. A la partie latérale, immédiatement au-dessous du couvercle, est soudé un petit tube d'étain sur lequel on adapte un tube de caoutchouc pour diriger le gaz sur la partie malade. Le tube de caoutchouc porte à son extrémité une canule de 15 à 20 centimètres de long, terminée en olive et n'ayant qu'une ouverture à son extrémité.

nique ; ils consistent en céphalalgies, étourdissements, faiblesse et obscurcissements de la vue, courbature générale, somnolence : tels sont les phénomènes que le chirurgien devra surveiller.

Constantin Paul a proposé l'eau chargée d'acide carbonique à cinq ou six atmosphères comme anesthésique local, pour le pansement des plaies, et en injections vaginales dans les cas d'ulcérations ou de carcinomes utérins; il est probable que cette méthode très-rationnelle est appelée à rendre quelques services.]

[[Le spasme musculaire étant, d'après Raciborski, l'élément dominant de la dysménorrhée, on doit surtout avoir recours aux calmants et aux antispasmodiques. Voici quelques préceptes que nous empruntons à cet auteur (1) :

La malade doit rester dans le calme parfait, loin de toute excitation, des serviettes chaudes seront appliquées sur le bas-ventre et entre les cuisses, on lui fera boire quelques tasses d'infusion chaude de fleurs de tilleul ou de zeste de citron frais, on mettra aux pieds un vase rempli d'eau chaude.

Souvent aussi on se trouvera bien d'administrer une potion contenant 50 centigrammes à un gramme de bromure de potassium, et renouvelée chaque soir. — L'action de ce médicament s'explique par ses propriétés anesthésiques et amyosthéniques.

On peut encore chercher à calmer le spasme utéro-ovarien en prescrivant un quart de lavement de tilleul et de fleurs d'oranger auquel on ajoute 10 gouttes de laudanum de Sydenham et qu'on recommande de garder.

Si les douleurs sont fortes, on pourra donner avec avantage un bain de son ou mieux de tilleul, dans lequel la malade séjournera une heure ou une heure et demie ; ce moyen est un excellent sédatif; qu'il s'agisse de la dysménorrhée spasmodique, simple, congestive et inflammatoire, l'effet immédiat du bain est de produire du calme, de diminuer le spasme, et de faire couler plus librement le sang; aussitôt après on replace les malades dans leur lit que l'on a eu soin de faire préalablement chauffer et on leur donne une cuillerée de la potion suivie d'une tasse de tisane. — Un bain pourra aussi être administré tous les jours pendant la durée de l'époque.

Les injections vaginales paraissent peu utiles, la douce température d'un bain produira un bien meilleur effet qu'une injection qui ne dure que quelques minutes. De plus la percussion que les liquides exercent sur le col de l'utérus, pourrait provoquer des contractions au lieu de faire cesser le spasme existant.]]

Pendant les intervalles il faut faire tous ses efforts pour fortifier la constitution et pour diminuer l'irritabilité locale et générale. Dans ce but,

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 553.

il faut prescrire un régime tonique, faire boire une certaine dose de vin et faire faire chaque jour de l'exercice au grand air. On fera prendre en même temps des eaux chalybées ou une préparation quelconque de fer. — Locock recommande un mélange de vin chalybé et d'éther sulfurique, dont il fait prendre trois fois par jour.

Quand une nouvelle époque arrive, il faut injecter dans le vagin de l'eau chaude, et chaque soir, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'apparition des règles, la malade devra prendre un bain de pieds ou un bain de siége.

[[Dans l'intervalle des crises dysménorrhéiques, Raciborski conseille des bains de son et d'amidon. Aux approches de l'époque on doit recommencer de bonne heure le bromure de potassium, quelquefois même on pourra ne pas en discontinuer l'usage.]]

Cette variété de dysménorrhée est souvent extrêmement tenace et résiste pendant des années à toute espèce de traitement. D'autres fois, au contraire, on est plus heureux. Il est très-rare, cependant, que cette maladie soit le point de départ, même indirectement, d'une affection mortelle; et tout au moins, à l'époque de la ménopause, la malade cessera de souffrir.

ARTICLE II

DYSMÉNORRHÉE INFLAMMATOIRE.

[[La dysménorrhée inflammatoire est cette variété de dysménorrhée survenant sous l'influence de certaines maladies de l'utérus ou des ovaires telles que la métrite ou l'ovarite.

Nous ferons rentrer, avec la plupart des auteurs, dans la dysménorrhée inflammatoire la *dysménorrhée congestive*, dont elle n'est, en réalité, que le premier degré, la congestion n'étant, à vrai dire, que le premier degré de l'inflammation. Mais elle présente, au point de vue de la symptomatologie et de la marche, quelques différences qui nous obligent à en faire une description spéciale. Nous considérerons aussi comme une variété de la dysménorrhée inflammatoire celle qui s'accompagne du rejet d'une membrane et que l'on doit désigner sous le nom de *dysménorrhée membraneuse.*

On peut dès lors diviser la dysménorrhée inflammatoire en trois variétés : 1° *dysménorrhée congestive ;* 2° *dysménorrhée inflammatoire simple ;* 3° *dysménorrhée inflammatoire membraneuse.*

1° *Dysménorrhée congestive.*

Cette forme serait due, d'après Raciborski (1), à un afflux considérable du sang vers l'utérus à la suite de l'orgasme menstruel qui produirait

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 550.

l'état spasmodique dans l'appareil musculaire de cet organe et occasionnerait la dysménorrhée. Les fibres musculaires surexcitées réagissent alors avec énergie contre les efforts expansifs du sang et donnent lieu à de vives souffrances.]]

Cette forme diffère complétement de la dysménorrhée nerveuse, tant comme symptômes que comme nature de la maladie. Elle existe chez les femmes d'un tempérament riche et sanguin; elle se déclare généralement beaucoup plus tôt. Les femmes filles y sont très-sujettes, sans que les femmes mariées, même après avoir eu des enfants, cessent d'y être exposées. Elle commence subitement, sous l'influence du froid ou de quelque perturbation violente de l'organisme. On la voit, à un faible degré, se manifester chez les jeunes filles de complexion florissante et de constitution pléthorique, parfois dès leur première époque menstruelle, quelquefois à chaque époque. Les crises sont annoncées par très-peu de prodromes : un malaise, un sentiment d'inquiétude, des frissons, des rougeurs passagères, très-souvent des maux de tête, précèdent les douleurs. Quelque temps avant ou après que les règles apparaissent, les douleurs deviennent très-vives : la malade accuse des souffrances au niveau du sacrum, des élancements dans les reins, de la courbature; la face est rouge, la peau chaude, le pouls plein, rapide, bondissant, donnant souvent au delà de 100 pulsations; la malade ne peut supporter ni la lumière ni le bruit; assez souvent la fièvre devient assez forte pour se compliquer d'un accès de délire passager. D'autre part, on voit souvent des cas de ce genre dans lesquels les symptômes généraux sont beaucoup moins accusés, bien que la douleur du sacrum et du bas-ventre, la sensation de pesanteur et les coliques soient tout aussi marquées. Le plus ordinairement, les symptômes diminuent dès que la menstruation est pleinement établie, peu à peu les troubles généraux cèdent. L'intervalle entre l'apparition des douleurs et l'écoulement des règles varie beaucoup. Autant que j'ai pu le voir, cet intervalle est plus court que dans la première forme de dysménorrhée. La quantité de sang qui s'écoule est également variable; j'ai vu des règles très-peu abondantes, mais c'est l'exception.

Ces symptômes douloureux peuvent se reproduire à chaque époque menstruelle. Cependant ils ne sont pas aussi réguliers dans leur intensité que pour la forme névralgique, et l'on voit souvent une ou deux époques passer avec des douleurs relativement faibles.

L'examen par le toucher permet de reconnaître un engorgement considérable de l'utérus. [[M. Raciborski rapporte que dans deux cas qu'il a observés, l'utérus avait le volume qu'il présente à quatre ou cinq mois de grossesse, et formait une grosse tumeur ronde et dure au-dessus du pubis. Quelques jours après tout rentrait dans l'ordre.]] Le col est tuméfié et ramolli, la chaleur de cette partie est considérablement accrue. Si l'on a recours au spéculum, on voit que la couleur des parties est plus foncée.

Dewees a noté un symptôme remarquable qui accompagne cette forme de dysménorrhée : des douleurs avec tuméfaction dans les mamelles; ce qui est une preuve de plus de la sympathie intime qui existe entre l'utérus et les glandes mammaires.

[[Quant à la conception, elle paraît être peu entravée par la dysménorrhée congestive, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas d'inflammation notable de la muqueuse utérine.]]

§ I. — Pathologie.

Si l'on examine avec soin les symptômes généraux et locaux, et que l'on y joigne l'examen direct des parties internes, on trouvera sans aucun doute l'utérus dans un état de congestion marquée ; mais, d'autre part, la rapide disparition de ces symptômes, dès que les règles viennent librement, prouve qu'il n'y a pas une véritable inflammation, mais seulement une sécrétion énergique avec congestion.

§ II. — Traitement.

Il n'y a pas à hésiter au point de vue du traitement, si l'on est appelé auprès d'une malade pendant une crise de douleurs avant que la menstruation soit arrivée; s'il y a en même temps tout le cortége de symptômes fébriles que nous avons énumérés, il sera à propos de faire immédiatement une saignée du bras, de 350 à 400 grammes, ou d'appliquer des ventouses scarifiées sur les reins pour tirer cette même quantité de sang. Les scarifications du col de l'utérus (à l'aide d'un appareil représenté figure 59), les applications de sangsues sur ce point seront souvent très-utiles, et, dans un grand nombre de cas, remplaceront avantageusement la saignée générale (1).

[Scanzoni recommande, pour la scarification, un instrument long de manche, convexe sur le tranchant, qui se prolonge jusqu'à son extrémité arrondie (fig. 60).]

Trousseau (2) recommande l'application de quelques sangsues à la face interne des genoux. Whitehead a imaginé un instrument spécial pour tirer du sang de l'utérus. C'est une espèce de scarificateur modifié dans sa forme pour le lieu où il doit être appliqué, et il propose d'en faire usage deux ou trois jours avant l'époque menstruelle (3). Je dois avouer que j'ai trouvé bien peu de cas dans lesquels il m'ait paru nécessaire de faire une saignée générale ou d'appliquer les sangsues. J'aurais d'ailleurs une grande répugnance à faire appliquer des sangsues et à scarifier le col sans

(1) Fermer, *Medical Gazette*, 29 novembre 1839.

(2) Trousseau, *Sur la dysménorrhée* (*Gazette des hôpitaux*, 1854, n° 49). — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 4e édition. Paris, 1873, t. III.

(3) Whitehead, *Medical Gazette*, 13 avril 1869.

avoir essayé préalablement les bains de siége, les lavements chauds, les purgatifs légers, etc. Les bains de siége chauds et les pédiluves ne calmeront pas seulement les douleurs de la malade, mais diminueront encore la congestion utérine en provoquant un écoulement de règles abondant. Les intestins doivent être maintenus dans un état de liberté au moyen de purgatifs salins et de calomel : les médicaments fébrifuges peuvent être administrés avec des boissons rafraîchissantes. Cette médication, promptement administrée, soulagera toujours la malade. Le danger serait de diminuer l'abondance des règles et l'on doit s'y prendre de manière que les évacuations soulagent la malade sans troubler la fonction elle-même. Après l'administration des purgatifs, s'il reste des douleurs, on donnerait de l'opium ou de la teinture d'*Indian hemp* (chanvre indien). L'administration de l'émétique paraît avoir eu d'heureux effets, mais je ne m'en suis jamais bien trouvé.

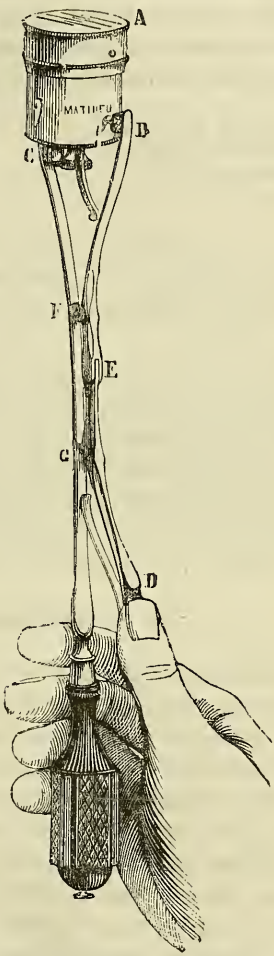


Fig. 59. — Scarificateur pour le col de l'utérus, de M. Mathieu (*).

Fig. 60. — Scarificateur pour le col de l'utérus.

Dans l'intervalle des règles, il faut faire suivre à la malade un régime sévère : elle devra chaque jour faire de l'exercice, sortir beaucoup au grand air; la marche ou l'équitation est préférable à la sortie en voiture. De temps en temps la malade prendra des bains de siége tièdes et quel-

(*) A, les six lames du scarificateur; B, extrémité du levier appuyant sur le bouton d'échappement; C, point de fixité de l'armature du levier, ou scarificateur; F, E, G, D, continuation de la tige et du mécanisme du double levier qui porte le scarificateur, et au moyen duquel on fait partir la lame dans le fond du vagin.

ques purgatifs. S'il y a encore de la congestion ou de l'hypertrophie du col, on fera, une fois par semaine, sur cette région, des applications de teinture d'iode. Ce moyen est celui qui m'a le mieux réussi. J'ai vu diminuer ainsi des congestions considérables, et j'ai obtenu un soulagement notable pour l'époque suivante ; des érosions et des ulcérations peu prononcées ont été guéries. La formule que j'emploie est la suivante :

℞ Teinture d'iode pure.....	60	grammes.
Iodure de potassium..	15	—
Alcool rectifié.....	300	—
Alcool.	120	—

A l'approche de la période suivante, s'il se produit de nouveau de la congestion ou de l'excitation, il pourra être nécessaire de tirer du sang soit de l'utérus, soit des parties voisines, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Par ces moyens, si l'on ne guérit pas entièrement la maladie, il est rare que l'on n'obtienne pas un soulagement notable.

[[2° *Dysménorrhée inflammatoire simple.*

La dysménorrhée inflammatoire simple est cette variété de dysménorrhée qui résulte d'un état inflammatoire quelconque de l'appareil utéro-ovarien ; cette variété n'étant, à vrai dire, qu'un symptôme, il serait plus rationnel de ne la décrire qu'à propos des maladies qui la produisent.

§ I. — Symptômes.

Cette forme diffère de la dysménorrhée congestive par une intensité en général plus marquée des symptômes, mais ce qui est caractéristique c'est qu'on n'observe pas entre les époques une disparition complète de tous les phénomènes morbides, il subsiste ordinairement une douleur plus ou moins intense vers la région hypogastrique, douleur qui s'irradie vers les flancs et vers la partie supérieure des cuisses. La marche est aussi assez difficile et les malades peuvent rarement faire de longues courses. Leur état général est en général assez mauvais, ils sont pâles, amaigris, incapables de se livrer à aucun travail pénible.

L'examen par le toucher permet de reconnaître non-seulement au moment des époques une tuméfaction notable de l'utérus, mais encore, entre les époques, la pression pratiquée sur le col ou sur le corps de l'utérus, produit une douleur assez vive.]]

Si l'on applique le spéculum, on voit que le col est rouge, engorgé, et parfois on trouve sur le col une érosion ou une ulcération superficielle, laquelle suivant Edwards (1) et Whitehead (2), peut avoir été en partie produite par la dysménorrhée; nous admettons, au contraire, que c'est

(1) Edwards, *Prov. med. and surg. Journ.*, septembre 1847.
(2) Whitehead, *Causes and treatment of abortion and sterility*, 1847.

l'érosion qui est la cause de la dysménorrhée. Ce dernier auteur a bien indiqué les changements que l'on constate alors et qui se rapportent à un état inflammatoire évident de l'utérus. « Soit l'utérus entier, soit une portion considérable de cet organe se tuméfie et devient plus pesant, l'organe descend dans le vagin au-dessous de sa position naturelle, le col est volumineux, parfois excorié, et présente une surface granuleuse; dans certains cas il est dur et résistant, plus communément il est ramolli, comme érysipélateux, variqueux, œdémateux ou spongieux. Le corps au toucher paraît hypertrophié, et il n'est pas rare de le trouver douloureux à la moindre pression exercée avec le doigt. L'augmentation de volume est quelquefois également prononcée sur tous les points, mais souvent aussi elle n'est que partielle, et alors dans la plupart des cas elle porte sur la paroi postérieure; l'utérus est alors repoussé en arrière dans la concavité du sacrum, ce qui constitue la rétroflexion et la rétroversion; il appuie pesamment sur le rectum, ce qui gêne naturellement le passage des fèces. Parfois cependant la paroi antérieure est le siége de l'engorgement; l'utérus prend alors la position en antéflexion ou antéversion, et peut exercer une pression anormale sur la vessie. La capacité de ce viscère est diminuée en proportion du développement de la matrice. Par suite des relations intimes qui existent entre les systèmes nerveux des deux appareils, des troubles sympathiques se produisent dans la vessie et les malades éprouvent des envies d'uriner extrêmement gênantes. Les parois du vagin sont ordinairement relâchées, les grandes lèvres sont tuméfiées et sillonnées de veines-variqueuses. Ces diverses lésions s'étendent quelquefois jusqu'à la partie supérieure des cuisses. Les vaisseaux hémorrhoïdaux comprimés par les matières accumulées dans le rectum subissent eux-mêmes des modifications : ils donnent issue à un écoulement de sang par l'anus. L'orifice interne est dilaté et laisse facilement passer la sonde utérine. »

[[Les caractères précédents doivent s'appliquer pour la plupart à la métrite chronique ; nous voyons dès lors que ce qui a été regardé comme le résultat de la dysménorrhée, doit au contraire être mis sur le compte d'une inflammation chronique de l'utérus qui produit cette dysménorrhée.]]

Quant aux effets sur les fonctions utéro-ovariennes, celles de la conception par exemple, elle semble complétement empêchée, cela du reste, est en rapport avec l'inflammation de la muqueuse utérine que nous avons admise.]]

§ II. — Pathologie.

[[L'examen attentif de l'utérus nous fera reconnaître facilement un état inflammatoire chronique, qui est le point de départ des troubles dysménorrhéiques.

Voici d'après M. Raciborski (1) comment nous devons nous rendre

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868.

compte de ces troubles : « Les contractions spasmodiques, dit-il, reconnaissent dans ce cas une double origine. La membrane interne de l'utérus, étant dans un état permanent d'irritation, supporte mal la congestion cataméniale et réagit sur l'appareil musculaire. D'un autre côté, comme l'irritation favorise l'hémorrhagie, le sang ne pouvant s'écouler librement à cause de la fermeture spasmodique de l'orifice interne du col, s'accumule dans sa cavité et y forme des caillots dont la présence ne peut qu'exciter de nouvelles contractions très-douloureuses. Les souffrances ne cessent d'habitude que lorsque les caillots ont été expulsés au dehors. »]]

§ III. — Traitement.

[[Le traitement diffère de celui de la dysménorrhée congestive, en ce que l'on devra surtout s'attacher à faire disparaître la maladie utérine; dès que celle-ci aura disparu, on sera sûr d'obtenir aussi la cessation des troubles dysménorrhéiques.

Quelques émissions sanguines locales, pratiquées un jour ou deux avant les règles, des opiacés, des antispasmodiques seront utiles au moment où les douleurs sont surtout intenses.]]

3° *Dysménorrhée inflammatoire membraneuse.*

[[Cette variété de dysménorrhée décrite par Oldham en 1846, sous le nom de dysménorrhée pseudo-membraneuse; par Simpson, sous celui d'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine est caractérisée par l'expulsion d'une membrane qui n'est autre que la muqueuse utérine.

La production de cette membrane est, pour la plupart des auteurs modernes, le résultat d'un état inflammatoire de la muqueuse utérine. Cette manière de voir est confirmée par MM. Bernutz (1), Raciborski (2) et Gallard (3).

L'expulsion de la muqueuse utérine a longtemps été révoquée en doute, néanmoins elle est aujourd'hui généralement admise. On prétendait que lorsqu'on trouvait ainsi une membrane expulsée, on avait toujours affaire à une caduque d'avortement. On se fonde pour admettre cette exfoliation de la muqueuse, sur ce que l'on a vu cette membrane être expulsée régulièrement chez des femmes tous les mois, jusqu'à la guérison, malgré l'interruption des rapports conjugaux, et aussi sur ce qu'on l'a observée chez des vierges (4).

M. Raciborski (5) compare cette membrane à la caduque de la grossesse : « du reste, dit-il, cette ressemblance ne doit pas étonner, on sait qu'à chaque époque menstruelle la muqueuse utérine subit déjà cer-

(1) Bernutz, *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques.* Paris, 1870, art. Dysménorrhée, tome XI, Paris, 1870.
(2) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 558.
(3) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.* Paris, 1873, p. 308.
(4) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2e édition, 1872, p. 448.
(5) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 567.

taines modifications qui ont fait dire qu'elle ressemblait alors en miniature à ce qu'elle devient les premiers jours après la fécondation. En vérité il n'y a de différence que dans le degré de développement des diverses parties constituantes. Aussi que l'orgasme menstruel s'élève accidentellement en vitalité, soit par suite d'une impulsion énergique partie des ovaires, soit à la suite d'une phlegmasie chronique de l'utérus, et il pourra arriver pendant les époques menstruelles, ce qui n'arrive à l'état physiologique qu'après la conception. »]]

§ III. — Symptômes.

[[Le symptôme caractéristique de cette forme de dysménorrhée, c'est l'expulsion à chaque menstruation d'une membrane de forme et de dimensions variables. Dans certains cas, elle a la forme triangulaire de la cavité du corps de l'utérus. Quelquefois elle est expulsée par lambeaux, d'autres fois elle forme un petit sac ayant trois ouvertures, une inférieure, correspondant au col, deux supérieures et latérales correspondant aux *ostia uterina*. Elle est d'un rouge vif, la face externe est villeuse et parfois parsemée d'ecchymoses ou de petits caillots sanguins. La face interne est percée de petits trous qui ne sont autre chose que des orifices glandulaires.

Quelquefois, les malades rendent des *peaux* que l'on pourrait regarder comme des débris de muqueuse et qui ne sont autre chose que des caillots fibrineux, mais transformés, moulés sur la cavité utérine et dont la composition histologique est la suivante, d'après M. Robin (1).

Chaque caillot se compose :

1° D'une trame de fibrine encore nettement fibrillaire, ou par places passant à l'état amorphe finement granuleux ; 2° cette trame retient dans son épaisseur des globules rouges et blancs ; 3° elle retient aussi des cellules épithéliales prismatiques de l'utérus plus ou moins régulières, mais presque toujours en quantité plus considérable qu'on ne serait porté à le supposer.

La présence de ces caillots a fait donner à la dysménorrhée le nom de *fibrineuse*.

Les autres symptômes diffèrent peu de ceux de la dysménorrhée inflammatoire simple. Ordinairement entre les époques, il existe une certaine douleur vers la région hypogastrique, une augmentation de volume de l'utérus et un écoulement leucorrhéique, qui sont le résultat de la métrite chronique sous l'influence de laquelle se produit l'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine. A l'époque des règles, il existe des douleurs vives vers l'utérus, dues à la congestion intense de l'organe, de

(1) Ch. Robin, *Comptes rendus de la Société de biologie*, août 1857.

véritables contractions douloureuses, intermittentes, qui rappellent celles de l'accouchement ; il se fait ordinairement en même temps un certain écoulement de sang, puis après douze, dix-huit, vingt-quatre heures et plus, la membrane est expulsée au milieu de douleurs très-vives. Après cette expulsion de la muqueuse, le sang s'écoule plus abondamment, et la douleur ainsi que l'écoulement sanguin disparaissent en général au bout de deux ou trois jours, mais il subsiste le plus souvent pendant huit à quinze jours un écoulement leucorrhéique, à cause de la plaie utérine qui subsiste après que la muqueuse s'est détachée.]]

§ IV. Diagnostic.

[[Le diagnostic différentiel entre cette exfoliation pathologique et l'expulsion de la membrane que l'on rencontre à la suite des avortements, ne diffère pas sensiblement au point de vue anatomique et physiologique. Ce diagnostic pourra néanmoins se faire à l'aide de quelques caractères tirés de l'observation clinique. L'exfoliation pathologique n'a jamais lieu qu'au moment des règles et peut se reproduire à plusieurs époques. Les productions membraneuses résultant d'une conception sont indépendantes de l'époque menstruelle et ont été généralement précédées de l'absence de menstruation pendant une ou deux époques. L'exfoliation pathologique devra encore être distinguée des caillots fibrineux dont nous avons parlé et qui se distinguent par les caractères histologiques que nous avons signalés.]]

§ V. — Traitement.

[[Le traitement comprendra deux parties.

1° *Pendant l'époque menstruelle.*

L'état spasmodique sera combattu à l'aide du bromure de potassium et d'un bain tiède dans lequel la malade restera une heure ou une heure et demie. On cherchera à calmer la douleur à l'aide de l'opium, ou en administrant un quart de lavement d'eau de guimauve dans lequel on ajoutera huit à dix gouttes de laudanum de Sydenham et qui devra être gardé.

La malade restera au lit et fera usage de boissons émollientes.

2° *Pendant l'époque intermenstruelle.*

On cherchera surtout à combattre l'inflammation chronique de l'utérus par les divers moyens que nous indiquerons à la métrite chronique.

Vers l'approche des règles il sera souvent utile d'appliquer 4 ou 6 sangsues sur le col de l'utérus, afin de diminuer la congestion qui précède le développement des accidents.]]

ARTICLE III.

DYSMÉNORRHÉE MÉCANIQUE.

Sous ce titre, j'ai désigné toute une classe de faits dans lesquels, la difficulté d'émission des règles est due à un rétrécissement de tout le canal du col ou d'une portion de ce canal (1).

[[Cette variété de dysménorrhée n'est, d'après M. Courty (2), que l'ensemble des symptômes développés par des contractions énergiques et douloureuses de l'utérus s'efforçant d'expulser le produit de la menstruation à travers un orifice trop étroit. C'est un diminutif de l'état morbide produit par la rétention complète des menstrues dans le cas d'atrésie des voies génitales.]]

Quelle est la cause de ce rétrécissement? est-il congénital ou inflammatoire? C'est ce que, dans beaucoup de cas, on ne peut déterminer. Quant au fait du rétrécissement lui-même, il ne peut être mis en doute. Nous avons l'autorité de Capuron, qui le compte parmi les causes de dysménorrhée, et Mackintosh, d'Édimbourg, dit en avoir souvent rencontré des exemples. Dans une observation qui m'est commune avec O'Reilly, de cette ville, nous avons nettement reconnu l'existence d'un rétrécissement qui siégeait à peu près vers le milieu du canal. Nous fûmes assez heureux pour dilater ce rétrécissement. Depuis lors, j'ai rencontré plusieurs cas dans lesquels l'orifice et le canal étaient beaucoup plus étroits que d'habitude. Simpson, Protheroe Smith, Whitehead, Oldham (3), regardent eux-mêmes ces rétrécissements comme une cause fréquente de dysménorrhée.

[[D'après M. Marion Sims (4) la menstruation douloureuse serait presque toujours due à des causes mécaniques, puisque dans 129 cas relatés par lui 8 seulement paraissent être attribués à l'engorgement ou à la congestion de la membrane cervicale et que parmi ces derniers quelques-uns se trouvaient compliqués de courbure du col ou de productions fibreuses développées dans un point quelconque de la matrice. « Je ne nie point, dit-il, que la menstruation ne puisse être douloureuse par le fait d'un simple état congestif de la membrane cervicale, et sans qu'il existe ni productions fibreuses, ni polypes, ni étroitesse exagérée de l'orifice du col, ni courbure de son canal, mais de tels cas sont rares et j'ai pu constater que dans la majorité des faits les femmes atteintes de dysménorrhée ont l'orifice utérin trop étroit et le canal cervical rétréci ou recourbé. »

Ailleurs, il dit : « La dysménorrhée n'est qu'un symptôme, un signe de

(1) Lisfranc, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 225. — *London medical Journal*, vol. I, p. 384. — Siebold's, *Journal*, vol. XV, p. 3.

(2) Courty, *Traité prat. des mal. de l'utérus*, 1872, p. 438.

(3) Oldham, *Membranous Dysmenorrhœa* (*London Gazette*, décembre 1846).

(4) Marion Sims, *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, trad. française, 1866, p. 165 et 167.

maladie, liée à quelques conditions organiques normales. Elle peut être l'effet ou la cause de l'inflammation, comme aussi elle peut exister sans elle, mais inflammatoire ou non son action est mécanique, et je pose en principe qu'il ne saurait y avoir de dysménorrhée proprement dite, si le canal cervical est droit et assez large, ou en d'autres termes s'il n'existe aucun obstacle à la sortie du fluide sanguin sur un des points compris entre l'orifice interne et l'orifice externe, c'est-à-dire d'un bout du canal à l'autre. »

Cette assertion de M. Sims paraît exagérée. Il existe en effet des cas bien certains où, avec des phénomènes dysménorrhéiques très-marqués, non-seulement le canal cervico-utérin n'est nullement rétréci, mais encore manifestement dilaté.

De plus selon M. Sims la dysménorrhée ne se produirait qu'après que l'écoulement sanguin s'est déjà fait dans l'utérus, tandis que nous voyons évidemment dans certains cas les phénomènes dysménorrhéiques exister avant que le sang soit versé dans l'utérus et cesser au contraire dès que la muqueuse utérine permet cet écoulement.]]

Je ne puis donc être de l'avis de ceux qui regardent cette cause comme la plus fréquente, et je ne pense pas que, dans le cas où il y a un rétrécissement, la dysménorrhée doive être toujours et uniquement rapportée à cette lésion. J'ai vu parfois la dysménorrhée être guérie sans qu'on eût touché au rétrécissement, et le cas inverse s'est présenté de même plusieurs fois. Mackintosh n'a pas cité un seul exemple d'accumulation des menstrues, ce qui aurait dû avoir lieu si le rétrécissement eût été la seule cause des troubles fonctionnels. Simpson se base sur la facilité ou la difficulté avec laquelle la sonde utérine est introduite. Dans les mains habiles de Simpson, cette preuve peut être suffisante, mais il est probable que la difficulté tient parfois à une autre cause que le rétrécissement.

[[Cette manière de voir n'est pas non plus admise par la plupart des auteurs modernes ; ainsi West (1) pense que l'on s'est fondé à tort, pour admettre cette variété, sur cette circonstance qu'en introduisant une sonde dans la cavité utérine, il est fréquent de rencontrer un obstacle qui s'oppose à la pénétration de l'instrument dans cette cavité, mais cet obstacle est tout à fait normal, ce qui peut être vérifié sur le cadavre.]]

Les succès obtenus par Mackintosh (2) ont ajouté un nouvel agent aux moyens de traitement que nous possédions déjà. Mais en montrant combien l'examen interne est utile dans les cas de troubles menstruels, ce médecin n'est pas arrivé à prouver que la maladie fût toujours due à un simple rétrécissement. On doit considérer qu'en faisant usage de sonde pour combattre le rétrécissement, on stimule ainsi d'une manière puissante et directe l'action de l'utérus, et qu'on augmente l'activité de ses fonctions. Ces faits nous prouvent toutefois d'une manière évidente qu'il faut examiner les parties internes, afin de s'assurer s'il existe un rétrécissement.

(1) West, *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. française, 1870, p. 102.
(2) Mackintosh, *Practice of Physic*, vol. II. — Dewees, *Diseases of females*, p. 145.

§ I. — Symptômes.

Ils ne diffèrent pas matériellement de ceux qui existent dans les autres formes de dysménorrhée : Rigley (1) a noté l'extension de l'irritation dans les ovaires avec un caractère inflammatoire plus prononcé. Il y a une douleur vive dans les aines, au-dessus du ligament de Poupart, et des élancements qui se font sentir jusqu'à la partie supérieure des cuisses; les parties sont très-sensibles à la pression, et la malade éprouve comme une sensation de gonflement; dans quelques cas il y a, en effet, un peu de tuméfaction. L'écoulement est mélangé de matières fibrineuses et de caillots réduits en fragments plus ou moins petits, suivant le degré du rétrécissement. L'inflammation chronique de l'ovaire est souvent une conséquence de cette dysménorrhée, et parfois se complique d'une hémorrhagie grave.

[[Quelquefois tout le sang épanché dans la cavité utérine, n'est pas expulsé au dehors et une partie s'accumule dans l'utérus qu'il distend ; cette particularité mérite de fixer l'attention à cause des accidents qui peuvent survenir quand la distension est un peu considérable.

Nous nous contenterons de rappeler ici ces accidents sur lesquels nous avons donné de plus amples détails dans le chapitre de l'aménorrhée par rétention.]]

§ II. — Traitement (2).

Une fois le rétrécissement découvert, alors même qu'il ne constitue qu'un des points isolés de la maladie, il n'y a pas d'objection à ce que l'on introduise avec précaution des bougies élastiques ou des morceaux d'éponge graduellement plus volumineux. On y arrive facilement, que la malade soit debout ou couchée. On devra commencer par des bougies d'un petit calibre, et l'on ira en augmentant graduellement, jusqu'à ce qu'on puisse faire passer une sonde d'homme de diamètre ordinaire. Après chaque introduction de sonde, il faudra surveiller avec soin la malade, au point de vue de l'inflammation qui pourrait se déclarer; on fera usage d'injections vaginales tièdes une ou deux fois par jour. Suivant l'irritabilité de la malade, on introduira plus ou moins souvent la bougie; en général, il suffit de le faire tous les deux ou trois jours. Une fois l'instrument introduit, on le laisse en place pendant quelques minutes. Il est à peine nécessaire de mettre en garde contre cette erreur qui ferait prendre un pli de la membrane muqueuse vaginale pour un obstacle permanent : il ne faut pas user de force pour faire passer une bougie; enfin, il faut prendre garde

(1) Rigley, *Medical Times*, 25 octobre 1831.

(2) Simpson, *Dilatation and Incision of the cervix uteri in cases of obstructive dysmenorrhœa* (*Monthly Journal*, août 1844 ; mai 1847). — Burnet et Aran, *Union médicale*, 1850, n° 53. — Charpignon, *Gazette des hôpitaux*, 1854-1859. — Faure, *Gazette des hôpitaux*, 1854, n° 49.

de presser contre le fond de la cavité utérine. Rigley fait usage d'un dilatateur à valves d'acier trempé, que l'on écarte pour les laisser en place un moment. S'il fallait avoir recours à une dilatation plus considérable, il préfère des éponges. Je suis de son avis. Simpson a fait usage de bougies métalliques de calibres gradués.

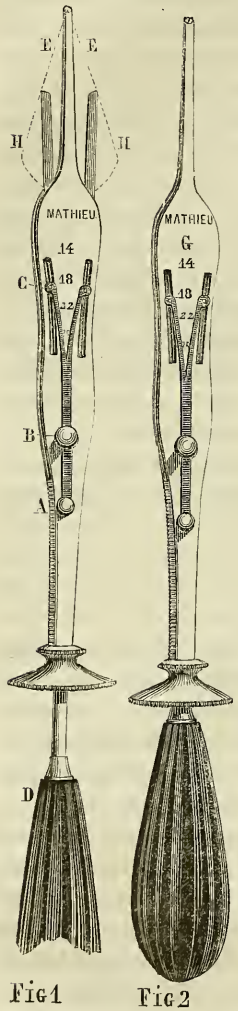


Fig. 61, 62. — Hystérotome de Simpson, modifié par M. Mathieu (*).

Non contents de la dilatation graduelle, Simpson et d'autres médecins ont proposé de faire une section avec un instrument (fig. 61, 62) qui ressemble au lithotome caché. On introduit dans le col l'extrémité de cet instrument, que l'on pousse au delà du rétrécissement, en ayant soin de tourner la lame vers une des commissures : on marque, au moyen de la vis qui se trouve dans le manche, l'étendue de l'ouverture qu'on veut avoir et, par conséquent, la profondeur de l'incision ; puis on retire lentement le lithotome.

[M. Mathieu a modifié avantageusement l'hystérotome de Simpson. Avec cette modification, une fois l'écartement des lames fixé à l'avance, il suffit, pour faire parcourir à celles-ci le trajet indiqué par le pointillé, de retirer à soi le manche de l'instrument. Il n'est plus nécessaire de maintenir l'écartement par une pression continue pendant l'opération. Ainsi, l'instrument une fois placé, les lames seules sont mobiles dans un parcours déterminé, ce qui permet plus facilement de respecter les parties voisines.]

Il faut toucher les bords de la plaie avec du nitrate d'argent pour les empêcher de se réunir. On m'a dit qu'une hémorrhagie grave avait quelquefois suivi cette opération.

[[M. Sims (1) emploie presque toujours l'incision, il admet que l'incision est rarement suivie d'accidents puisque sur plus de 500 fois il n'a vu qu'une seule fois survenir une métro-péritonite qui d'ailleurs ne fut pas suivie de mort. — Cet auteur préfère

(1) Marion Sims, *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, trad. française, 1866, p. 172 et 179.

(*) Les chiffres désignent les différents degrés d'écartement à donner aux lames en millimètres; B, boutons servant de point d'arrêt; D, en tirant à soi le manche, on écarte les lames qui sont à l'état de repos de l'instrument renfermé dans la gaine FL; le pointillé E E H H mesure la marche des lames. A, bouton servant à faire mouvoir les branches *g*; 26 écartement maximum; 14, minimum.

l'incision à la dilatation qui suivant lui a produit plusieurs fois des métro-péritonites, qui est moins douloureuse que l'usage des bougies lequel doit être prolongé pendant plusieurs jours, qui de plus est exempte d'hémorrhagie et donne des résultats plus certains, plus permanents.]]

Simpson et P. Smith disent que ces procédés leur ont réussi. Oldham (1) a rapporté un succès complet et un succès partiel. Beatty (2) a raconté quatre cas dans lesquels la malade avait été soulagée après l'opération.

Malgré tous ces succès, je suis pour des moyens plus lents, mais aussi plus sûrs, et je suis heureux de voir que West et Oldham sont du même avis que moi.

Oldham (3) rapporte deux cas de mort par suite de l'emploi malheureux de moyens mécaniques.

Coghlan, de Wexford (4), a proposé un instrument plus simple pour inciser le col, et vante beaucoup les résultats de cette incision. On introduit l'extrémité de cet instrument dans le col de l'utérus et l'on presse sur le

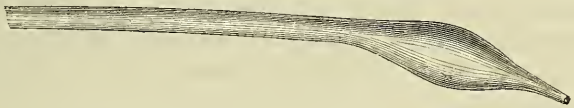


Fig. 63. — Sonde de Coghlan.

manche : de la portion ovale de l'instrument sortent deux lames qui coupent au moment où l'on retire le tout. Par suite de la largeur de l'instrument, on court peu de risques d'étendre l'incision au delà du col.

CHAPITRE VI

MÉTRORRHAGIE. — MENSTRUATION EXCESSIVE.

[[On donne le nom de *métrorrhagie* à tous les écoulements sanguins qui se font par l'utérus, soit que l'hémorrhagie ait lieu à l'époque menstruelle, soit qu'elle se produise entre les époques, ou qu'elle soit liée à la grossesse et à la parturition.]]

Plusieurs auteurs ont employé le terme de *ménorrhagie* pour désigner simplement un accroissement dans l'abondance des règles. D'autres auteurs comprennent encore sous ce titre tout écoulement de sang, qu'il accompagne l'époque menstruelle ou qu'il en soit tout à fait indépendant.

[[Dans l'article qui va suivre nous aurons surtout en vue la métrorrha-

(1) Oldham, *Medical Gazette*, 27 novembre 1846.
(2) Beatty, *Dublin medic. Press*, 19 décembre 1856.
(3) Oldham, *On the sterility* (*Guy's Hospital Reports*, octobre 1849).
(4) Coghlan, *Medical Times and Gazette*, 1er juin 1851, p. 572.

gie qui survient quand l'utérus est à l'état de vacuité, nous nous réservons de parler de celle qui est dépendante de la grossesse ou de la parturition dans la partie de cet ouvrage qui est spécialement consacrée aux maladies des femmes pendant la grossesse.]]

Une menstruation excessive survient de diverses manières. Les règles peuvent revenir trop souvent ou en trop grande abondance, ou bien à des époques inusitées, comme pendant la gestation et l'allaitement. Quand elles sont très-abondantes et qu'elles paraissent après un retard, on croit facilement à un avortement. Dans l'estimation de la quantité de sang perdue, il faut tenir compte du climat et de la constitution des malades. Ce que nous considérons comme une menstruation peu abondante serait estimé, dans d'autres contrées, une ménorrhagie, et, à ce même point de vue, la quantité de sang sécrétée par certaines femmes en bonne santé serait excessive pour d'autres personnes qui sont également bien portantes.

[[Certains auteurs divisent la métrorrhagie en *idiopathique* et en *symptomatique*. D'autres, au contraire, la considèrent comme toujours symptomatique d'une lésion de l'appareil utéro-ovarien ou d'une affection générale.

Ainsi M. West (1) admet qu'on ne peut rencontrer que deux formes de métrorrhagies, qui dépendent :

1° D'une cause qui réside dans la constitution générale.

2° De quelque affection du système sexuel.

Cette manière de voir est partagée par M. Gallard qui déclare que l'hémorrhagie essentielle a été admise à tort comme entité morbide et que toutes les fois que la métrorrhagie se produit, elle est nécessairement liée à une lésion de l'appareil utérin ou à une maladie générale de l'organisme, et d'après cet auteur elle serait même parfois le seul signe d'un état phlegmasique de la muqueuse utérine.

« Toutes les fois, dit-il, que je me trouve en présence d'une métrorrhagie persistante, alors même qu'elle ne s'accompagnerait d'aucun autre symptôme , si je ne trouve, ni une altération du sang qui m'explique cette hémorrhagie, ni une tumeur soit intra-utérine, soit péri-utérine, ni un cancer de l'utérus, je diagnostique une métrite interne. C'est dire que j'exclus complétement l'idée de la métrorrhagie essentielle ou idiopathique, et à cela, je n'hésite pas, car plus j'étudie, et plus mon expérience s'accroît moins je rencontre de ces hémorrhagies qu'il ne soit pas possible de rattacher comme symptôme à l'une des causes que je viens d'énumérer (2). »

D'un autre côté, des auteurs recommandables admettent que la métror-

(1) West, *Leçons sur les maladies des femmes*, traduct. franç., 1870, p. 67 et suivantes.

(2) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1873, p. 203.

rhagie peut être indépendante de toute altération soit locale, soit générale de l'organisme.

M. Courty (1), qui admet cette variété de métrorrhagie, la regarde cependant comme rare. MM. Hardy et Béhier (2) la regardent comme réelle. M. Raciborski (3), après avoir reconnu que les hémorrhagies symptomatiques sont assurément les plus nombreuses, admet cependant l'existence de la métrorrhagie idiopathique. « Il y a, dit-il, des ménorrhagies qui ne semblent tenir à aucune affection locale *sensible* des organes sexuels et qui ne restent pas non plus sous la dépendance des états généraux de l'économie. A mesure qu'on aura étudié davantage les altérations histologiques de l'utérus, le nombre des faits de ce genre pourra diminuer ; qui sait si un jour on ne trouvera pas dans le parenchyme utérin, pour expliquer certaines hémorrhagies rebelles qui passent encore aujourd'hui pour *idiopathiques*, de ces anévrysmes capillaires que MM. Charcot et Bouchard ont signalés dans l'intérieur du cerveau, comme ceux des hémorrhagies apoplectiques. Les études de M. Richet sur l'état variqueux des plexus veineux péri-utérins ont déjà considérablement élargi le cadre des hémorrhagies utérines symptomatiques.

« Plus d'une fois des métrorrhagies, que l'on aurait certainement considérées autrefois comme idiopathiques, parce qu'on ne rencontrait sur le cadavre aucune altération manifeste dans l'utérus, peuvent être d'après cela expliquées aujourd'hui par l'état variqueux des plexus pampiniformes. On a cité des exemples d'hémorrhagies mortelles, dans la cavité du péritoine, à la suite de la rupture des plexus pampiniformes ainsi altérés. Il ne serait pas impossible qu'une pareille disposition existât quelquefois dans des plexus veineux de l'utérus lui-même, ce qui expliquerait certaines hémorrhagies très-tenaces, et même mortelles.

« Quoi qu'il en soit, ne serait-ce qu'à titre de pierre d'attente, nous sommes obligés d'admettre dans l'état actuel de la science les ménorrhagies *idiopathiques* et, faute de mieux, de nous retrancher pour les expliquer derrière l'atonie de l'appareil musculaire de l'utérus, soit primitive, en quelque sorte essentielle, soit consécutive à l'atonie générale... L'examen le plus attentif ne permet de constater aucune altération à laquelle on puisse les attribuer. Elles apparaissent souvent tout à coup, sans être annoncées en aucune manière, et disparaissent de même au bout de quelque temps. »

On voit d'après cela que M. Raciborski, tout en admettant la possibilité de l'hémorrhagie idiopathique, ne peut s'empêcher d'émettre un doute sur son existence réelle.

De ce qui précède nous serions presque conduits à rejeter complétement l'existence de la métrorrhagie essentielle ; néanmoins, dans l'état actuel de

(1) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2e édition, p. 473.
(2) Hardy et Béhier, *Traité de pathologie interne*, 1855.
(3) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868.

nos connaissances, il est un certain nombre d'hémorrhagies utérines qu'on ne peu rattacher à une cause locale et qui paraissent dépendre d'un simple trouble vaso-moteur.]]

§ I. — Causes.

[[Si l'on a égard à ce qui précède, on peut admettre trois ordres de causes pouvant amener les métrorrhagies :

1° Des causes générales,

2° Des causes locales,

3° Des causes vaso-motrices.

1° *Causes générales.* — Comme exemple d'une cause qui réside dans la constitution générale, West cite le cas d'une veuve de quarante ans à peu près, qui passait, tous les ans, deux ou trois mois consécutifs à Londres et habitait le reste de l'année dans une partie très-humide de l'Irlande. Tant qu'elle restait à Londres, la menstruation paraissait aux époques régulières et en quantité normale, mais durant deux ou trois années, son retour en Irlande fut suivi de flux sanguins excessivement abondants à chaque période menstruelle, et d'une durée au moins deux fois aussi longue que d'habitude. Quelques jours passés en Angleterre suffisaient pour faire disparaître ces symptômes. M. West ne sait comment expliquer ces différences, mais il fait remarquer que des exemples analogues d'une semblable modification des fonctions utérines produites par certaines localités ne sont pas très-rares.

M. Gallard (1) attribue dans ce cas la métrorrhagie à une métrite interne, pour la production de laquelle le froid humide aurait une influence notable; tandis que le séjour en Angleterre avec une température plus élevée et un climat plus sec amènerait la disparition de cet état phlegmasique de la muqueuse.

La tendance à la métrorrhagie se manifeste dans certaines conditions de débilité ; chez les femmes qui ont nourri pendant longtemps, il n'est pas rare de voir la réapparition des règles se faire avec une abondance considérable qui constitue une véritable métrorrhagie.

Les cas de métrorrhagie qu'on rencontre au déclin de l'activité sexuelle sont dus d'après M. West, « à une disposition générale à la pléthore des vaisseaux de l'abdomen, à un foie paresseux, à des intestins constipés. »

Dans les métrorrhagies dues à une altération générale du sang, nous devons placer celles que M. Gubler (2) a désignées sous le nom d'*épistaxis utérines* et qu'on rencontre au début des pyrexies et des phlegmasies.

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1873, p. 219.

(2) Gubler, *Epistaxis utérines simulant les règles au début des pyrexies et des phlegmasies.* (*Gazette médicale de Paris*, 1863, *et Mémoires de la Société de biologie.*)

MM. Hérard (1) et Perroud (2) ont également signalé la production d'écoulements sanguins sous l'influence des pyrexies et des maladies aiguës fébriles.

Parmi les maladies générales qui peuvent encore donner lieu à la métrorrhagie, on a signalé l'intoxication saturnine (3), l'empoisonnement par le phosphore, la dégénérescence granuleuse des reins, l'ictère grave, la variole hémorrhagique, la chlorose, la phthisie pulmonaire. En général, toutes les maladies qui amènent une dépression considérable de l'organisme peuvent lui donner naissance.

Si maintenant nous cherchons à nous rendre compte de quelle façon les maladies générales agissent pour produire l'hémorrhagie, nous verrons que le plus souvent la congestion utérine est le résultat d'une paralysie vaso-motrice.

«Dans les maladies aiguës fébriles, dit M. Raciborski, sous l'influence de l'excitation du système circulatoire général qui caractérise l'état fébrile, les membranes muqueuses se congestionnent facilement quelques-unes d'entre elles, surtout celles du nez et des organes sexuels, peuvent devenir facilement le siége des hémorrhagies (4).»

M. Hérard attribue à cette circonstance l'avancement des règles qu'il a signalé comme un phénomène général dans les maladies aiguës fébriles, lorsqu'elles débutent aux approches de l'époque présumée de la menstruation.

Dans certaines maladies chroniques, telles que l'intoxication saturnine, la dégénérescence granuleuse des reins, il peut se faire une dénutrition des capillaires de la muqueuse utérine, qui dès lors se rompent plus facilement qu'à l'état normal, sous l'influence de la pression sanguine, et expliquent jusqu'à un certain point l'existence des métrorrhagies.

2° *Causes locales.* — Parmi les causes locales qui déterminent la métrorrhagie il faut citer les excès de coït, qui déterminent vers l'utérus une congestion, qui peut aboutir à l'hémorrhagie; les opérations pratiquées sur l'utérus, les coups, les violences infligées à cet organe, l'usage de pessaires, l'application de sangsues sur le col, la cautérisation, en un mot tout ce qui produit une excitation anormale de l'ovaire ou une congestion de la muqueuse utérine peut donner naissance à une perte sanguine.

Citons encore les diverses causes qui rendent l'utérus plus vasculaire, telles que les inflammations, surtout celle de la membrane interne, l'exercice prématuré après la délivrance, les déplacements de cet organe,

(1) Hérard, *De l'influence des maladies aiguës sur les règles.* (*Actes de la Société médicale des hôpit. de Paris*, 1851.)

(2) Perroud, *Influence des pyrexies sur les principaux phénomènes de la menstruation.*

(3) Constantin Paul, *Archives de médecine.*

(4) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868.

l'antéflexion, la rétroflexion, l'antéversion, la rétroversion, et aussi certaines maladies organiques, cancer, polypes, tumeurs fibreuses.

Les inflammations péri-utérines, telles que les phlegmons, l'ovarite, certains déplacements de ces organes peuvent aussi être l'origine de certaines métrorrhagies.

3° *Causes vaso-motrices.* — On sait qu'à l'état physiologique la congestion de la muqueuse utérine se produit par action reflexe, sous l'influence de l'ovule arrivé à maturité.

D'un autre côté, les expériences faites sur les animaux semblent prouver que certaines hémorrhagies peuvent survenir sous l'influence d'une paralysie vaso-motrice dépendant d'un trouble de l'innervation. C'est ainsi que M. Brown Séquard (1) a pu produire l'hémorrhagie dans l'une ou l'autre capsule surrénale, ou dans les deux, après avoir fait une piqûre de la moelle vers la deuxième vertèbre dorsale. Ce physiologiste distingué a vu aussi une hémorrhagie s'effectuer sous le péricarde viscéral qui recouvre le ventricule gauche à la suite d'une lésion de la moelle allongée.

Pincus et Samuel (2), après l'extirpation du plexus solaire et du ganglion semi-lunaire chez le chien, le chat et le lapin, ont noté l'injection de la muqueuse stomacale et de la partie supérieure de l'intestin, et même dans certains cas, cette congestion a pu arriver jusqu'à l'hémorrhagie.

M. Coutagne (3) a aussi signalé des hémorrhagies gastriques et intestinales survenant sous l'influence d'une maladie de l'encéphale.

Nous avons tenu à rappeler les faits précédents afin de montrer qu'il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une hémorrhagie par action reflexe vasomotrice se fasse par la muqueuse utérine puisque ces mêmes hémorrhagies peuvent avoir lieu dans d'autres organes.

Les causes qui peuvent donner naissance à ces hémorrhagies sont les névralgies (4), les émotions morales vives, telles que la peur, les excitations vénériennes, l'onanisme.

Nous ne pouvons cependant terminer cette énumération sans avouer que ces causes peuvent à la rigueur déterminer la congestion de la muqueuse utérine, mais qu'elles seront le plus souvent insuffisantes par elles-mêmes pour amener la rupture des capillaires, à moins qu'il n'existe soit un état local, soit un état général qui prédispose à cette rupture. Il faut aussi remarquer qu'elles provoquent ordinairement une métrorrhagie passagère qui ne se reproduit pas et n'entraîne pas à sa suite cet

(1) Brown-Séquard, *Société de biologie*, t. III, p. 116, et *Lectures on the central nervous system*, Philadelphia, 1860.

(2) *Die trophischen Nerven.* Leipzig, 1860.

(3) Coutagne, *Des hémorrhagies gastriques et intestinales dans les maladies chroniques du cerveau.* (*Gaz. méd. de Lyon*, 1863.)

(4) Marotte, *De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées, pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus et de ses annexes.* (*Archives de médecine*, 1860.)

état d'anémie si profond que l'on rencontre dans les pertes de sang répétées et dépendantes d'une maladie générale, ou de l'appareil utéro-ovarien.]]

§ II. — Symptômes.

[[Les symptômes des hémorrhagies utérines peuvent se diviser en *symptômes locaux* et en *symptômes généraux*.

a. Les *symptômes généraux* varient avec la quantité de sang perdue ; tantôt ils sont presque nuls, si surtout l'hémorrhagie est de peu de durée et si l'écoulement est peu abondant ; tantôt au contraire, si la perte de sang est abondante et si elle s'effectue dans un espace de temps assez court, on observe un affaiblissement progressif, la pâleur de la face, le refroidissement des extrémités, les bourdonnements d'oreilles, des vertiges, des battements dans les tempes, la petitesse du pouls, et enfin la syncope.

Quand la métrorrhagie n'est pas très-abondante, mais qu'elle se prolonge assez longtemps, les malades deviennent pâles, anémiques, la peau présente une coloration mate, les lèvres sont décolorées, les malades sont amaigries. On observe des bruits de souffle au premier temps du cœur et à la base, ainsi que dans les vaisseaux du cou.

Quand l'écoulement se prolonge, la malade perd ses forces et la mort survient après un temps plus ou moins long qui est en rapport avec la quantité de sang perdu.

b. *Symptômes locaux*. Les symptômes que l'on observe du côté de l'utérus sont variables ; tantôt on observe une simple augmentation dans la durée et la quantité des règles, et alors les époques se rapprochent et l'écoulement, au lieu de revenir après un intervalle de vingt-quatre ou vingt-cinq jours, se reproduit après douze ou quinze jours. Quelquefois même l'intervalle qui sépare les règles est encore plus rapproché, et les femmes perdent sans interruption, mais le plus souvent l'écoulement ne dure pas pendant tout le temps avec la même intensité. Tantôt la métrorrhagie survient entre les époques ; il s'est à peine écoulé quelques jours après une époque qu'il survient une nouvelle hémorrhagie ; d'autres fois l'écoulement est intermittent, et semble cesser, mais bientôt il se reproduit avec une nouvelle intensité, d'autres fois il est continu.

Le liquide rendu est plus ou moins foncé ; dans certains cas il est à peine sanguinolent, c'est plutôt de la sérosité que du sang véritable. Il s'accompagne aussi parfois du rejet de caillots plus ou moins volumineux.

On observe le plus souvent de la douleur qui est surtout intense quand il y a expulsion de caillots, il y a alors des coliques, des tranchées utérines, dues aux contractions de l'organe ; dans d'autres cas il n'y a que peu ou point de douleur.

Le toucher révèle une augmentation du volume du corps et du col de l'utérus qui est plus entr'ouvert que dans l'état de santé, ou même au moment des règles; le corps de l'utérus au lieu d'être aplati prend la forme d'une poire; de plus la pression sur ce corps produit en général une certaine douleur. Ces derniers symptômes observés du côté de l'utérus, ne doivent pas être mis sur le compte de la métrorrhagie, ils dépendent bien plutôt de l'état de congestion qui accompagne nécessairement l'écoulement sanguin.

Nous avons vu que souvent la métrorrhagie est symptomatique d'une maladie locale, aussi rencontrerons-nous souvent les caractères anatomiques des diverses maladies qui sont la cause de la métrorrhagie, telles que, métrite interne, corps fibreux, polypes, cancer, ovarite, etc.....

Nous ne décrirons pas ici ces diverses altérations, pensant que cette description sera mieux placée, lorsque nous parlerons de chacune des maladies qui peuvent être la cause de la métrorrhagie.]]

§ III. — Diagnostic.

[[On doit avant tout constater que le sang vient bien de l'utérus; le diagnostic est en général facile. La continuité de l'écoulement fera distinguer la métrorrhagie de l'hématurie qui n'a lieu qu'au moment de l'émission des urines. L'hémorrhagie du vagin et celle de la vulve sont rares et l'application du speculum lèvera tous les doutes.

On devra aussi distinguer la métrorrhagie de la menstruation. Cette distinction est quelquefois difficile à cause des différences qui existent dans la quantité de l'écoulement menstruel, dans sa durée, suivant les sujets et suivant les pays; on arrivera cependant à reconnaître la métrorrhagie en prenant pour terme de comparaison l'état normal de la malade.

Quant au diagnostic de la cause, un examen attentif de l'état général de la malade ou de l'appareil utéro-ovarien lèvera tous les doutes.

Ce dernier diagnostic est de la plus grande importance, non-seulement au point de vue du pronostic, mais aussi du traitement, ce dernier devant être surtout dirigé contre la maladie générale ou locale qui détermine et entretient la métrorrhagie.]]

§ IV. — Pronostic.

[[Le pronostic varie considérablement, il est en rapport direct avec la quantité et la durée de l'écoulement, et surtout avec les troubles généraux qu'il détermine dans l'économie.

Une hémorrhagie abondante peut amener rapidement la mort, mais le plus souvent, elle détermine des troubles anémiques qui rendent la femme incapable de se livrer à aucune occupation sérieuse et qui ne dis-

paraissent ordinairement qu'après un temps plus ou moins long. Le pronostic est surtout en rapport avec la maladie qui donne lieu à l'écoulement sanguin : c'est ainsi que l'hémorrhagie qui dépend de corps fibreux ou d'un cancer de l'utérus sera bien plus grave que celle qui dépend d'un polype que l'on peut opérer, ou d'une métrite interne contre laquelle nos moyens d'action sont considérables.]]

§ V. — Traitement.

[[Le traitement comprend trois parties distinctes et qu'il ne faut pas perdre un instant de vue :

1° Supprimer la cause qui détermine ou entretient l'hémorrhagie;

2° Modérer ou faire cesser l'écoulement;

3° Combattre l'anémie consécutive.

Le traitement de la cause ne doit pas nous occuper actuellement d'une façon spéciale ; les indications thérapeutiques doivent nécessairement être en rapport avec la maladie qui a donné naissance à la métrorrhagie; nous les passerons en revue, au moment où nous étudierons les maladies soit générales, soit locales qui sont l'origine de l'écoulement sanguin.

Nous dirons cependant d'une façon générale que dans les cas où il s'agit d'une métrorrhagie liée à une affection de l'appareil utéro-ovarien, et que la nature de cette affection réclame des opérations, telles que cautérisation du col ou de la cavité utérine, il faudra attendre quelques jours après la fin de l'hémorrhagie, afin de ne pas agir sur l'utérus, au moment où il est fortement congestionné.

Quant au traitement de la métrorrhagie elle-même, il comprendra des moyens variés et qui seront sensiblement les mêmes quelle que soit la cause qui lui ait donné naissance.

On devra tout d'abord chercher à calmer l'état de congestion qui se produit vers l'utérus à l'aide du repos au lit, de la position horizontale, la tête sera placée assez basse, et le bassin relevé par un oreiller ; on videra ensuite l'intestin à l'aide de lavements légèrement laxatifs, on donnera des boissons fraîches légèrement acidulées.

Si l'écoulement de sang est un peu considérable, les moyens précédents ne seront pas suffisants, on devra avoir recours à l'administration du seigle ergoté. M. Raciborski (1) en donne tout d'abord 1 gramme, et au bout d'une heure, il continue à en donner par fractions de 30 centigrammes toutes les deux heures jusqu'à arriver à 3 ou 4 grammes dans la journée.

Parmi les médicaments qui ont été administrés à l'intérieur pour combattre les métrorrhagies, nous devons encore citer la digitale qui s'administre en infusion à la dose de 30 à 50 centigrammes de feuilles dans les

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 594.

vingt-quatre heures. M. Gallard (1), qui emploie fréquemment ce médicament, attribue l'hémostase non à une action spéciale sur le tissu propre de l'utérus, mais au ralentissement de la circulation qui en est la conséquence. Il réserve cet agent pour les cas où la métrorrhagie est symptomatique d'une phlegmasie soit de l'utérus soit des organes voisins.

Le froid est aussi un moyen que l'on ne devra pas négliger, et qui devra être employé concurremment avec les divers médicaments internes que l'on jugera à propos de prescrire.

Voici à ce sujet quelques préceptes que nous empruntons au docteur Gallard (2) : « On a conseillé, dit-il, des compresses d'eau fraîche appliquées sur l'abdomen, les injections et les lavements d'eau froide, enfin l'introduction de fragments de glace dans le vagin pour déterminer une réfrigération plus active. Ces moyens sont excellents, sans doute, mais ils ont leurs inconvénients, car il faut éviter, d'une part, le défaut de continuité dans l'action du froid, qui par les réactions pouvant résulter d'une application intermittente détermine souvent l'effet opposé à celui que l'on recherche; d'autre part de trop généraliser cette action en mouillant les vêtements, les pièces de literie qui enveloppent la malade. Ce double inconvénient se produit d'une façon inévitable lorsqu'on applique sur le ventre des compresses imbibées d'eau froide qui se réchauffent en quelques minutes ou lorsque l'on introduit dans le vagin des morceaux de glace, qui fondent aussitôt. Le mieux est donc d'appliquer la glace sur l'abdomen, en la renfermant dans une vessie et en ayant soin de la renouveler dès qu'elle est fondue, et de réserver l'eau froide pour les irrigations intravaginales qu'il faut faire assez longues pour leur donner une action véritablement sédative.

« Les bains de siége froids à courant continu, prolongés pendant un temps variant de trois ou quatre minutes, à douze ou quinze minutes, suivant la susceptibilité particulière de chaque malade sont autrement avantageux, car ils agissent non-seulement comme hémostatiques, mais en même temps comme antiphlogistiques. Si la malade est trop faible pour pouvoir supporter ces bains de siége, on y supplée par des injections d'eau froide, prolongées pendant assez longtemps, une demi-heure, par exemple, en faisant passer pendant ce temps, de 20 à 30 ou 40 litres d'eau froide à travers le vagin. »

On se servira alors avec avantage de l'appareil de M. Clauzure d'Angoulême qui se compose d'un réservoir de caoutchouc très-mince, destiné à être placé dans le vagin et muni de deux tubes de caoutchouc, dont l'un communique avec un réservoir plein d'eau et dont l'autre sert à rejeter le liquide après qu'il a traversé la vessie de caoutchouc et produit une certaine réfrigération des organes voisins. Cet appareil présente l'avan-

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1873, p. 241.
(2) *Ibid.*, p. 235.

tage de pouvoir continuer l'irrigation pendant assez longtemps sans craindre de mouiller le lit de la malade.

Cet appareil, dont l'ampoule de caoutchouc est très-mince, peut rendre d'excellents services, mais il présente l'inconvénient de se perforer très-rapidement, ce qui le met vite hors d'usage. Aussi, ai-je songé à remplacer l'ampoule de caoutchouc par l'appendice ileo-cœcal du mouton, vulgairement connu sous le nom de *Condom* (*fig.* 64). Cet appendice est fixé à l'aide d'un fil sur un bouchon de caoutchouc, percé de deux trous, par lesquels on fait passer à frottement deux tubes de caoutchouc, dont l'un vient s'ouvrir vers le fond du réservoir, tandis que l'autre ne dépasse le bouchon que de quelques millimètres, afin d'établir un courant de liquide dans toute la longueur du réservoir. Chacun des tubes est muni d'un robinet, qui permet de régler l'écoulement du liquide. L'un des tubes est plongé dans un vase placé à une certaine hauteur au-dessus du lit et fait l'office de siphon, tandis que l'autre laisse le liquide se déverser dans un vase situé au-dessous du lit. La substitution de cet appendice ileo-cœcal à la vessie de caoutchouc, présente l'immense avantage de pouvoir réparer facilement l'appareil, dans le cas où il vient à se perforer.

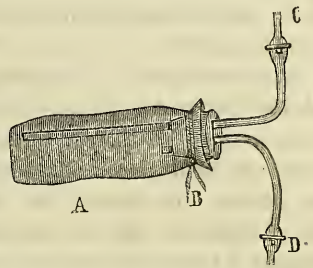


Fig. 64. — Appareils à irrigations vaginales continues (*).

Dans certains cas d'hémorrhagies utérines, on s'est encore servi avec avantage de l'alcool. Il a été spécialement administré dans les métrorrhagies puerpérales, par MM. Campbell, Debout, Pajot, et par M. Béhier dans celles qui sont provoquées par des corps fibreux.

L'alcool est surtout indiqué dans les cas de dépression considérable de l'économie, quand les vaisseaux sanguins se laissent dilater passivement sous l'influence de la pression sanguine. M. Gubler explique dans ces cas l'hémostase par une certaine excitation locale d'où résultent un accroissement de la plasticité sanguine et une adhésion plus grande des globules aux parois des vaiseaux, et peut-être à une moindre friabilité de ces parois. En outre il se produit une excitation des fibres musculaires de la vie organique résultant de la présence de l'alcool dans le sang et de celle d'une plus forte proportion d'acide carbonique qui s'y trouve retenue.

On a encore conseillé un grand nombre de médicaments, mais ils pa-

(1) Ad. Gubler, *Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius*, 1868.

(*) A, vessie destinée à être introduite dans le vagin, nouée au point B sur un bouchon de caoutchouc, traversé de deux tubes de caoutchouc. — C et D, tubes de caoutchouc munis chacun d'un robinet, et dont le premier pénètre jusqu'au fond de la vessie, tandis que le second ne dépasse le bouchon que de quelques millimètres, afin que le liquide traverse la vessie dans toute sa longueur avant d'être rejeté au dehors.

raissent jouir d'une efficacité moindre que la plupart de ceux que nous avons indiqués; néanmoins ils peuvent quelquefois être employés avec succès. On a administré à l'intérieur des astringents, tels que le ratanhia, le perchlorure de fer; la teinture de cannelle a été vantée par Récamier, Gosselin et Aran à la dose de 5 à 20 grammes dans une potion qu'on prend par cuillerées à bouche d'heure en heure. M. Gallard se demande, si ce médicament n'agit pas bien plutôt par l'alcool qu'il renferme que par la cannelle.

Reste maintenant, lorsque les moyens précédents ont échoué, à empêcher l'issue du sang par un obstacle mécanique. On pourra alors avoir recours au tamponnement du vagin que l'on pratiquera de la façon suivante: on appliquera le spéculum et à l'aide d'une pince on placera entre les lèvres du museau de tanche un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer étendu d'eau, puis on maintiendra ce bourdonnet à l'aide de tampons de charpie, réunis ensemble par un fil à la façon d'une queue de cerf-volant. A mesure que les parties profondes sont remplies, on retire le spéculum et l'on fait pénétrer de nouveaux tampons et l'on continue ainsi jusqu'à ce que le vagin soit rempli jusqu'à la vulve. Le fil du dernier tampon reste pendant en dehors de la vulve et il suffit de le saisir pour extraire successivement tous les autres. C'est ordinairement après vingt-quatre heures que l'on peut enlever l'appareil et en général on laisse le bourdonnet de charpie que l'on a placé au contact du col.

Ce moyen peut certes réussir dans un grand nombre de cas, mais il arrive parfois que le sang ne coule plus à l'extérieur, sans que pour cela l'hémorrhagie cesse de se produire. Il se fait alors une accumulation de sang dans l'utérus, qui se laisse distendre et peut acquérir parfois un volume assez considérable pour former une tumeur facilement perceptible au-dessus du pubis : les symptômes généraux s'aggravent et la malade meurt aussi bien que si l'écoulement sanguin se fût fait à l'extérieur. La possibilité de cet accident doit être présente à l'esprit, afin de ne pas se faire d'illusion sur l'issue de la maladie.

Nous devons maintenant signaler un moyen que l'on a peut-être eu le tort de n'employer jusqu'ici qu'avec trop de timidité et auquel on devrait avoir recours dans certains cas de métrorrhagies qui menacent d'entraîner la mort, je veux parler des *injections intra-utérines*.

Ces injections qui sont regardées comme très-dangereuses par un certain nombre de médecins ont cependant été employées avec succès par des auteurs recommandables. M. Réal a employé des injections intra-utérines avec de la teinture d'iode étendue d'eau au dixième ou au seizième, contre les métrorrhagies consécutives à l'avortement.

Dupierris, à la Havane, s'est servi de teinture d'iode, étendue de moitié

(1) Réal, thèse, 1852.
(2) Dupierris, *Gazette des hôpitaux*, 1869.

eau dans le but de faire contracter l'utérus et d'amener la cessation de la perte sanguine. E. Guyot indique pour le même but une solution composée de la façon suivante : eau 60 grammes, perchlorure de fer 25 grammes, sel 12 grammes.

Enfin tout récemment M. Gallard a préconisé la solution de perchlorure de fer du Codex dans les métrorrhagies liées à une inflammation de la muqueuse intra-utérine ; il en a retiré de grands avantages et n'a jamais vu survenir d'accidents consécutifs à leur emploi. Il recommande de n'employer ce moyen que quand les phénomènes inflammatoires qui accompagnent l'hémorrhagie commencent à perdre de leur acuité. Dans les cas tout à fait aigus, la cautérisation de la cavité utérine pourrait provoquer une explosion d'accidents inflammatoires qui ne seraient pas sans danger.

L'injection de perchlorure de fer agit dans ces cas non-seulement en amenant la coagulation du sang et l'oblitération des vaisseaux béants, mais aussi en produisant une certaine cautérisation de la muqueuse utérine enflammée qui détermine une modification utile de sa surface.

Quant à la compression de l'aorte, elle pourra être employée chez certaines femmes à parois abdominales flasques et facilement dépressibles ; mais ce moyen sera surtout praticable dans les hémorrhagies qui surviennent à la suite de l'accouchement à cause du relâchement des parois de l'abdomen et surtout à cause de l'abondance considérable de l'écoulement qui réclame un prompt secours.

Lorsque l'hémorrhagie s'est arrêtée il faudra s'occuper non-seulement de la maladie locale ou générale qui a déterminé la métrorrhagie, mais aussi de l'état anémique qui persiste et contre lequel on devra employer les toniques, tels que le fer et le quinquina. On y joindra aussi avec avantage les douches d'eau froide, ou les lotions froides avec une éponge, on donnera aussi quelques légers laxatifs tels que la rhubarbe, pour combattre l'action constipante du fer. Le séjour à la campagne, un léger exercice en plein air, seront alors conseillés.]]

CHAPITRE VII

MÉNOPAUSE.

[[La menstruation, on le sait, coïncide avec le retour périodique de l'ovulation : quand cette ovulation se produit, on voit les règles s'établir ; quand elle cesse, l'écoulement menstruel disparaît également. L'époque, où cette fonction cesse de se produire, est désignée sous le nom de *ménopause*.

(1) E. Guyot, thèse, 1868.

Il survient alors du côté des ovaires un certain nombre d'altérations, que M. Joulin décrit de la manière suivante :

« Entre 40 ou 50 ans, le développement des vésicules ovariennes se fait avec plus de lenteur, puis s'arrête, et elles ne tardent pas à disparaître complétement de la couche ovigène de l'ovaire, sur laquelle on observe seulement les cicatrices des pontes antérieures. Un peu plus tard, on constate dans la portion bulbeuse de l'organe, des bourses grisâtres à parois foncées, parfois épaisses; leurs parois semblent en contact, de sorte qu'il peut être difficile de reconnaître les vestiges de l'ancienne cavité. Dans certains cas, les enveloppes ont disparu et les débris vésiculaires consistent en un petit noyau crétacé, solide, d'un blanc gris, qui peut parfois tenir encore à des lambeaux membraneux... On sait aujourd'hui, que ce sont des corps jaunes en voie de décomposition. Dans l'ovaire des femmes qui ont cessé depuis longtemps d'être réglées, les derniers débris des corps jaunes peuvent avoir complétement disparu et le parenchyme de l'organe avoir subi des modifications assez profondes pour qu'on ne retrouve plus rien du tissu primitif. La circulation de l'organe diminue, son enveloppe extérieure se plisse et se creuse de rides, son volume décroît au point que chez de vieilles femmes, on a vu l'ovaire transformé en cordon cartilagineux et même dans quelques cas être complétement résorbé (1). »

Les autres organes de la génération subissent aussi des modifications de forme et de texture, les trompes s'atrophient et s'oblitèrent. L'orifice interne du col se rétrécit et même s'oblitère, la circulation utérine est moins active, les veines utérines deviennent variqueuses.]]

C'est à peu près vers l'âge de quarante-cinq ou cinquante ans qu'arrive cette modification importante de l'organisme. J'ai vu cette cessation des règles se produire naturellement vers l'âge de trente ans, jamais plus tard que cinquante-quatre ans. D'après le résultat de mes observations, les règles vont plus souvent jusqu'à cinquante ans qu'elles ne s'arrêtent à quarante-cinq.

[[A Paris, d'après Raciborski, l'âge moyen de la ménopause correspond à environ 46 ans. Cette époque est sensiblement la même pour le reste de la France. La première apparition des règles se faisant chez nous vers l'âge de 14 ans, il en résulte que la durée de la période de la vie pendant laquelle la femme est apte à la reproduction est d'environ 31 à 32 ans.

On peut dire d'une façon générale que la ménopause arrive en France entre 40 et 50 ans; mais ces chiffres sont loin de comprendre l'ensemble de tous les faits. On cite des cas où des femmes ont perdu leurs règles à 22 ans, d'autres 26, 28 ou 30 ans; d'un autre côté, on a vu des femmes être encore menstruées à 80, 90 et 106 ans.—Mais ces faits sont tout à fait exceptionnels et les écoulements de sang qui se produisent alors ne doivent

(1) Joulin, *Traité d'accouchements*, 1867, p. 130.

pas être regardés comme des règles véritables, dépendant d'un travail ovarique, mais bien plutôt d'un travail morbide du côté des organes génitaux.]]

Les femmes appellent ce moment l'*âge critique* et le redoutent à cause de l'opinion générale qu'elles ont alors de grands dangers à courir. Ce préjugé a été sans doute répandu à l'origine par les médecins; il est du moins partagé par les vieux auteurs. L'erreur vient de ce que l'on compare des femmes jeunes et vigoureuses avec des femmes déjà vieilles et presque épuisées. On peut admettre, en effet, qu'entre quarante-cinq et cinquante ans, il y a plus de décès qu'à une époque antérieure; mais ce n'est pas une raison pour attribuer à la cessation des fonctions utérines aucune influence fâcheuse. Constant Saucerotte (1) a même essayé de prouver par des statistiques faites sur une grande échelle, que la mortalité est plus nombreuse chez les femmes entre trente et quarante ans, qu'entre quarante et soixante. Pour être dans le vrai, il faut comparer la mortalité au même âge dans les deux sexes, et l'on arrive à une conclusion très-différente de l'opinion générale (2). Benoiston de Châteauneuf (3) a prouvé d'après les tables mortuaires, qu'entre trente et soixante-dix ans, la mortalité n'est pas plus considérable chez les femmes que chez les hommes. Des résultats semblables ont été obtenus par Bellefroid (4). Muret (5), dans ses statistiques du pays de Vaud, n'a pas trouvé qu'entre quarante et cinquante ans, il mourût plus de femmes qu'entre dix et vingt ans. Enfin C. Lachaise (6) est arrivé à la même conclusion.

J'ai vu un grand nombre de femmes malades à cette époque, mais je n'ai jamais rencontré un seul cas où la vie fût en danger, quand il n'y avait pas de complication.

Si la mortalité est moindre qu'on ne le supposait, ce n'est pas à dire cependant que cette époque ne soit pas importante à étudier. Très-souvent les désordres de l'utérus et des ovaires datent de ce moment, et tout le monde sait que c'est généralement aussi à cet âge que débutent les affections malignes. Cela est-il dû à la négligence des malades? c'est ce que l'on ne peut dire. Toujours est-il que l'état anatomique du système utérin au moment où les règles cessent a une certaine influence sur la production des maladies.

(1) Saucerotte, *Nouv. Conseils aux femmes sur l'âge prétendu critique.* 2e édition. Paris, 1829.

(2) [Cet argument ne nous paraît pas concluant, car cet âge critique n'est autre chose, en somme, que la période de la vie où tout l'organisme est en déchet, aussi bien chez l'homme que chez la femme.]

(3) Benoiston, *Mémoires sur la moralité des femmes de l'âge de quarante à cinquante ans*, lu à l'Académie des sciences en 1818. Paris, 1822. — Voyez aussi *De la durée de la vie humaine dans les principaux États de l'Europe.* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1846, t. XXXVI, p. 254.)

(4) Bellefroid, *Bulletins de médecine belge*, septembre et novembre 1839. — Davis, *Obstetric Medicine*, t. I, p. 289.

(5) Muret, *Mémoire sur l'état de la population dans le pays de Vaud.* Yverdon, 1766.

(6) Lachaise, *Topographie médicale de Paris.* Paris, 1822, p. 214.

§ II. — Symptômes.

[[D'après Raciborski (1), deux sources semblent surtout fournir les éléments pour la symptomatologie de la ménopause : 1° Le *système sanguin*, à cause de la suspension de l'hémorrhagie habituelle; 2° le *système nerveux ganglionnaire*, par suite de la cessation de sa participation à l'orgasme périodique de l'ovulation. « La suppression de ce double débouché de l'activité vitale du système sanguin et nerveux, dit-il, semble rejaillir sur l'économie tout entière et engendre différents troubles qu'on attribuait généralement, jusqu'à présent, trop exclusivement, à la pléthore sanguine consécutive, parce qu'on ne voyait dans la menstruation qu'une sorte d'hémorrhagie éliminatoire, qu'un émonctoire naturel de l'économie. Une analyse plus sévère des symptômes observés à cette époque, nous a permis de distinguer des troubles d'un autre ordre se rattachant à l'innervation. Nous devons même dire que nous avons trouvé ces derniers bien plus fréquents que ceux qu'on puisse attribuer rationnellement à la suppression de la perte habituelle du sang. Aussi pour mieux faire ressortir leur différence nous leur donnerons pour étiquette *pléthore nerveuse* par opposition à la *pléthore sanguine* à laquelle on attribuait la plupart des souffrances de l'époque de la ménopause.»]]

Suivant la constitution des femmes les symptômes varient beaucoup. Si elles sont fortes et d'une bonne santé, l'écoulement diminue peu à peu comme quantité, change de couleur et finalement cesse complétement sans qu'il y ait eu d'irrégularité dans les périodes, ni aucun accident général; ou bien l'écoulement rouge alterne avec la leucorrhée utérine, jusqu'à ce que tout ait disparu. Dans d'autres cas, il n'y a point de leucorrhée, les règles manquent une ou deux fois, reparaissent ensuite, et enfin cessent complétement. Si la malade est délicate, les choses ne se passent pas aussi tranquillement. Il survient plusieurs fois des hémorrhagies utérines, qui mettent en danger la vie, ou bien il se produit une inflammation de la muqueuse utérine. Quelquefois, mais rarement entre les époques, il y a des pertes supplémentaires.

Dans beaucoup de cas où les malades se plaignaient d'une douleur locale, j'ai examiné avec soin l'utérus. Le plus souvent je n'ai pas trouvé de lésion organique, quelquefois seulement de l'atrophie, d'autres fois de l'hypertrophie avec une excoriation du col. Ces dernières complications n'ont rien à faire avec la suspension des règles, mais elles augmentent les douleurs, et j'ai vu les pertes rouges irrégulières être entretenues par des granulations.

Tels sont les phénomènes qui se produisent au moment où les règles cessent; mais ces faits ne constituent pas toute l'histoire de cette période.

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*. Paris, 1868, p. 263.

Chez les femmes bien portantes, il ne se produit pas d'autres accidents, elles deviennent plus grasses, l'abdomen et les reins s'élargissent, et il n'est pas rare de les voir alors s'imaginer qu'elles sont enceintes. De temps en temps elles souffrent passagèrement d'une circulation irrégulière, de congestions locales, etc..., mais plus ordinairement la santé s'affermit. C'est ce qui arrive surtout chez les femmes qui ont beaucoup souffert de dysménorrhée ou d'irritations utérines. Les femmes délicates, et surtout celles qui étaient sujettes antérieurement à des troubles menstruels, sont plus exposées à des affections locales, et à cette série d'accidents qui se produisent à la suite d'un changement de l'organisme.

C'est ainsi que l'on voit se produire des hémorrhagies sur différents points, des inflammations dans les organes délicats, du vertige, des paroxysmes hystériques, des coliques, des hémorrhoïdes, du rhumatisme, des éruptions cutanées, des ulcères aux jambes, de la dyspepsie, des affections des seins, des sueurs abondantes, de la leucorrhée, des apoplexies, de la paralysie, de l'aliénation mentale, etc. Quelquefois même, mais rarement, surviennent des cas de mort subite.

Je dois avouer que jusqu'ici j'ai peu rencontré de ces affections graves. Les troubles les plus frappants que j'ai vus sont dans l'ordre de fréquence les suivants :

1° *Troubles de l'estomac et flatulence.* — C'est non pas cette flatulence hystérique avec gargouillements, ni cette sensation que donnent les gaz renfermés dans l'estomac et les intestins, mais des éructations violentes et prolongées. On se demande comment l'estomac pouvait contenir une telle quantité d'air. Ces accidents se répètent plusieurs fois le jour, principalement avant les repas. La position couchée et l'action de manger paraissent en diminuer l'intensité. La sensation paraît limitée à l'estomac, mais il s'échappe aussi par le rectum une quantité considérable de gaz. La malade éprouve encore dans l'estomac, une douleur poignante, qui s'augmente avec la faim, diminue pour un moment après le repas, et reparaît une ou deux heures après. L'appétit n'est pas détruit, il est seulement changé dans ses manifestations.

2° *Rougeurs et sueurs.* — Ce symptôme est extrêmement fréquent et très-ennuyeux. Tout à coup, sans cause aucune, la malade sent comme une bouffée de chaleur par tout le corps et particulièrement à la face qui devient très-rouge. Immédiatement après, une sueur abondante se manifeste, il se produit aussi une sensation pénible de plénitude dans la tête, et elle se croit au moment d'avoir une attaque d'apoplexie. Je n'ai jamais vu de cas aussi graves que ceux qui ont été décrits par Smith.

3° *Vertiges, maux de tête.* — Les malades éprouvent encore parfois des vertiges, des maux de têtes horriblement violents. Elles ont peur de marcher, surtout de marcher seules; elles croient qu'elles vont tomber, qu'elles vont avoir une congestion cérébrale, parfois elles s'imaginent qu'elles vont devenir folles.

4° Bien d'autres accidents se produisent encore. Il y a des douleurs, des élancements dans la poitrine, dans le sein gauche, dans le dos, etc., avec un sentiment général de malaise et d'inquiétude.

J'ai constamment vu ces divers phénomènes se manifester bien avant que les règles se dérangeassent, et ils continuent longtemps après que la menstruation a entièrement cessé. La période de temps pendant laquelle ces accidents persistent est de deux à quatre ans, si ce n'est plus encore.

[[Les troubles qui viennent d'être passés en revue sont bien manifestement de nature nerveuse. Ils constituent l'ensemble de phénomènes que Raciborski a décrit sous le nom de *pléthore nerveuse.*]]

Tyler-Smith et Corfe ont signalé aussi les accidents nerveux qui se présentent à cette époque. Smith a noté entre autres du *sphagiasmus.* « Les chaleurs et les frissons de cette période sont de véritables affections nerveuses à paroxysmes, qui tiennent de la fièvre intermittente et de l'épilepsie. Quelquefois ils se terminent par de véritables accès d'épilepsie ou de manie, ou même par des attaques d'apoplexie. La cessation des règles chez les femmes est une cause fréquente de manie. Ces désordres paraissent tenir à la compression des veines du cou et à la distension des vaisseaux du cerveau. Les femmes chez qui les symptômes ne sont pas aussi graves, se réveillent quelquefois pendant la nuit dans un état de malaise inexprimable, elles se croient sur le point d'avoir une congestion cérébrale. Plus elles sont d'une santé délicate, plus ces sortes de paroxysmes sont fréquents et violents (1). » Corfe (2) dit que les crises nerveuses sont plus fréquentes le matin avant le lever. Elles sont encore augmentées par la sensation de la faim. Les femmes qui y sont les plus exposées seront celles qui ont hérité d'une diathèse goutteuse, qui ont une nourriture très-substantielle et qui ont une vie intellectuelle très-active. Une émission d'urine spontanée fait parfois disparaître tous les accidents.

Il se présente maintenant une question très-intéressante, sur laquelle les médecins sont quelquefois consultés, à savoir : quel est l'effet de la cessation des règles sur la production de certaines maladies organiques? Par exemple, dans les tumeurs fibreuses de l'utérus l'écoulement est plus abondant et se prolonge au delà de l'époque ordinaire; quand il cesse la tumeur participera-t-elle à l'atrophie que subit l'utérus? Je ne le sais pas; mais du moins la congestion périodique est moindre, et la santé de la malade s'améliore. Dans les cas de polypes faisant saillie dans le vagin, je pense que les hémorrhagies sont moins abondantes et moins fréquentes. Quant aux affections malignes, je n'ai jamais vu d'améliorations se produire à ce moment. Je ne pense pas non plus que la cessation des règles ait aucun effet sur les maladies des ovaires.

(1) Tyler-Smith, *On parturition and obstetrics*, p. 394.
(2) Corfe, *Medical Times.* 4 avril 1849.

§ III. — Traitement.

Les femmes d'une bonne santé n'ont que très-peu de soins à prendre. Elles doivent éviter le froid, toutes les causes qui tendent à congestionner la matrice, surveiller le régime alimentaire et de temps en temps prendre quelques purgatifs. Les femmes d'une santé délicate réclament plus d'attention. Il faut surveiller les moindres symptômes qui indiqueraient un trouble de l'utérus ou de tout autre organe. Les dérivatifs paraissent surtout indiqués, tels que vésicatoire à demeure, cautère, séton, etc. Je me suis très-bien trouvé de ces divers moyens dans les cas de douleurs de tête, de vertige ; l'irritation artificielle devra être entretenue pendant des mois ou des années. Les amers végétaux, de la poudre de fer mélangée à quelque substance aromatique, l'acide prussique, sont utiles pour calmer les troubles de l'estomac, la flatulence et en général la plupart des phénomènes nerveux que l'on constate alors. Il ne faut pas trop cependant compter sur ces moyens, et le temps est le seul remède certain. Si l'on soupçonne une affection utérine, il faudra faire un examen au spéculum et prescrire un traitement approprié. J'ai de nombreuses raisons pour croire que dans les cas graves, cette complication d'une maladie utérine joue un grand rôle.

Corfe recommande de prendre chaque matin le purgatif suivant, s'il n'est toutefois pas trop énergique :

℞	Chlorhydrate d'ammoniaque.....	50 centigr.
	Extrait de taraxacum.....	8 grammes.
	Décoction d'aloès composée..... } Mixture de gentiane composée... }	20 grammes.
	Tartrate de soude et de potasse...	4 grammes.
	Teinture de lavande composée.....	20 gouttes.

De plus, il conseille d'appliquer sur les reins un emplâtre d'opium ou une bande de flanelle neuve. Des bains chauds, des frictions avec de la flanelle ou un gant de crin seront encore utiles.

CHAPITRE VIII

LEUCORRHÉE UTÉRINE.

La dénomination de *leucorrhée* ou de *flueurs blanches* est donnée par la plupart des auteurs à un écoulement blanc ou incolore, provenant du vagin, qu'il dépende d'un état morbide de la muqueuse vaginale, de l'utérus lui-même, ou des deux à la fois. J'ai déjà décrit une affection analogue du vagin ; l'anatomie pathologique démontre que la muqueuse utérine

peut être atteinte de la même façon, puisque la cavité de cet organe, dans certains cas, contenait une certaine quantité notable d'une matière analogue. Blegny a rencontré ce liquide blanchâtre accumulé dans la cavité utérine d'une femme atteinte de flueurs blanches. Blatin (1) dit que dans 7 cas sur 24 qu'il a examinés, l'écoulement provenait de la cavité utérine. Les auteurs anciens font allusion à cette affection de l'utérus; ils en mentionnent plus ou moins les symptômes sans la distinguer de la leucorrhée vaginale. Les écrivains plus récents semblent ne pas tenir compte de cette distinction et comprennent, sous le terme vague de leucorrhée, deux affections qui me paraissent bien différentes. Avicenne et Savonarole supposent que les flueurs blanches proviennent des veines de l'utérus. Sylvius, Cullen, etc., les font venir des vaisseaux qui sécrètent les règles; Th. Bonet, Dolœus, Schneider, Morgagni, Riofrey, etc., de la muqueuse utérine ou vaginale. Le premier auteur anglais qui ait écrit sur les accouchements, parle d'un état de relâchement de l'utérus marqué par un écoulement blanc (2). Baglivi (3) dit : *Si vero durante menstruatione, fluor albus evanescat ; et, eodem finito, denuo regrediatur, pro certo habeas mulierem fluore albo uterino laborare. Cætera signa fallunt, hoc vero constans est et mulierum dolum aperte deludit.* Freind (4) dit qu'un écoulement blanc survient à la suite d'un surcroît d'humeurs et qu'il est supplémentaire des règles. Il ajoute que les femmes sujettes à cette affection souffrent moins que les autres de la suppression des règles. Astruc décrit une variété de flueurs blanches survenant périodiquement chez les chlorotiques, suppléant à l'écoulement menstruel, ou bien chez certaines femmes, se montrant un peu avant et persistant quelques jours après l'époque cataméniale. Manning dit que cet écoulement blanc peut provenir du vagin ou de l'utérus, mais en en signalant les causes spéciales, on peut voir qu'il a en vue surtout celles qui agissent sur l'utérus. Leak considère cet écoulement comme une affection de l'utérus et des parties contiguës ; il mentionne qu'il peut suppléer les règles et qu'il provient le plus souvent des vaisseaux qui président à leur sécrétion. Denmann dit qu'il provient, soit de l'utérus, soit du vagin, et qu'il ne peut être autre chose que l'écoulement naturel dont la quantité est augmentée ou qu'une sécrétion morbide. Cullen a décrit les symptômes de cette affection mieux qu'aucun auteur. Alexandre Hamilton distingue la leucorrhée utérine de la leucorrhée vaginale et décrit avec soin les différentes variétés de l'écoulement. Burns décrit avec beaucoup de soin, quoique brièvement, les deux variétés et signale l'augmentation de la leucorrhée utérine avant

(1) J.-B. Blatin, *Du catarrhe utérin ou des flueurs blanches*. Paris, an x. — Blatin et Nivet, *Traité des maladies des femmes qui déterminent des flueurs blanches*. Paris, 1842.

(2) Thomas Raynalde, *The Byrth of mankinde*. London, 1560.

(3) Baglivi, *Prax. medic.*, lib. II, chap. VIII.

(4) Freind, *Emmenologia*. Oxon. 1703, p. 105.

l'éruption des règles. Locok considère que la distinction est très-difficile à établir, et il ne le tente même pas. Blundell ne décrit que la leucorrhée vaginale. R. Lee parle de cette affection en ces termes : « Après avoir « maintes fois examiné l'utérus après la mort, nous avons constaté que « souvent, chez des femmes atteintes de leucorrhée, le liquide est sé- « crété par la muqueuse utérine et non par les trompes ou le vagin. »

Presque tous les auteurs français signalent cette variété et ne donnent le nom de leucorrhée qu'à l'écoulement utérin ; c'est ainsi qu'ont fait Gardien et Capuron ; Nauche (1) l'appelle «*catarrhe utérin* » et en signale avec soin les variétés qui sont liées à la menstruation. Boivin et Dugès désignent cette affection sous le nom de *flux muqueux de l'utérus* (2), et Dugès en a publié seul une bonne description (3). Girard dit : « Il nous est très-rarement arrivé de trouver l'utérus complétement exempt de leucorrhée (4). » Marc d'Espine (5) a donné le résultat de ses recherches sur la leucorrhée au moyen du spéculum. Il en signale la persistance dans l'intervalle des époques et sa production aussitôt avant et immédiatement après l'éruption des règles. Le climat du centre ou du nord de la France semble y prédisposer, et les femmes très-blondes ou très-brunes y sont les plus exposées. La constitution paraît avoir peu d'influence sur cette affection. Sur 19 femmes atteintes habituellement de flueurs blanches, 6 étaient très-robustes, 9 d'une force moyenne et 4 étaient d'une constitution faible.

Je crois que les autorités que j'ai invoquées suffisent pour prouver l'existence de la leucorrhée utérine, fondée sur l'examen clinique ; mais s'il fallait de nouveaux témoignages scientifiques, les recherches de Tyler-Smith (6) n'ont pas seulement éclairé l'anatomie du canal cervico-utérin, mais elles ont encore établi l'importance de la distinction entre la leucorrhée utérine et la leucorrhée vaginale. Il considère cette affection comme ayant le plus souvent sa source dans la muqueuse cervico-utérine. Au lieu du bouchon de mucus qui s'échappe à chaque époque, il se fait un écoulement abondant, contenant une quantité de corpuscules muqueux et de globules graisseux avec des débris d'épithélium mélangés à un plasma alcalin et visqueux ; il désigne cette variété sous le nom de leucorrhée muqueuse.

Il est évident pour nous qu'au point de vue de la pathologie de ces or-

(1) Nauche, *Des maladies propres aux femmes*. Paris, 1829.

(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 349.

(3) Dugès, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Leucorrhée, Paris, 1834, t. XI, p. 67.

(4) Girard, *Revue médicale*, 1837. — Voyez aussi Lisfranc, *Maladies de l'utérus*, 1836, p. 246. — Nivet et Blatin, *Archives générales de méd.*, octobre 1839. — Siebold, Joerg, Steinberger, *Ueber den weissen Fluss* (*Siebold's Journal*, t. XVI, p. 1).

(5) Marc d'Espine, *Recherches analytiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée* (*Arch. gén. de méd.*, février 1836).

(6) Tyler-Smith, *The Pathology and Treatment of Leucorrhea* (*Lancet*, 1855).

ganes et du traitement rationnel de l'affection, la distinction que nous venons de signaler est de la dernière importance; car les deux organes (utérus, vagin) diffèrent essentiellement, quant à leurs particularités fonctionnelles, quant aux sympathies qu'elles éveillent dans les organes éloignés. Il n'est pas étonnant non plus, comme nous en avons fait l'expérience pour d'autres organes, que les différentes parties d'une même muqueuse présentent des phénomènes morbides tout à fait différents, et qui dépendent, dans beaucoup de circonstances, de la nature des tissus sous-jacents. C'est ainsi que je puis expliquer la différence des symptômes observés dans la leucorrhée utérine ou dans la leucorrhée vaginale, bien que dans les deux cas la maladie soit identique. Il faut admettre que, dans quelques cas, le diagnostic puisse être difficile, et, dans quelques autres, plus rares, impossible; mais il n'en est heureusement pas ainsi dans la grande majorité des circonstances.

[[On doit désigner aujourd'hui sous le nom de *Leucorrhée utérine*, de *catarrhe utérin*, un écoulement de liquide provenant de la cavité du col et de l'utérus et dû à une hypersécrétion des glandes, tenant en suspension un grand nombre de cellules épithéliales embryonnaires détachées de la muqueuse utérine.

La plupart des auteurs anciens qui ont fait mention de la leucorrhée utérine, l'ont considérée comme entité morbide; aujourd'hui encore des médecins distingués admettent que cette maladie peut être idiopathique; mais le plus grand nombre de ceux qui ont décrit récemment cette affection, la considèrent comme symptomatique d'un état inflammatoire de la muqueuse cervico-utérine.

Examinons tout d'abord, les produits normaux de sécrétion de la muqueuse utérine, nous verrons ensuite que la leucorrhée ou le catarrhe utérin n'est pas autre chose qu'une hypersécrétion de ces mêmes glandes, mêlée à une grande quantité de cellules épithéliales détachées de la muqueuse et restées à l'état embryonnaire.

A l'état normal, les glandes de la cavité utérine sécrètent un mucus qui diffère un peu, suivant qu'on l'envisage dans la cavité du corps de l'utérus et dans celle du col.

Le mucus du col est d'après M. Ch. Robin (1), gélatiniforme, visqueux et toujours alcalin ; il tient en suspension quelques cellules épithéliales prismatiques, et contient en outre un certain nombre de leucocytes ; c'est ce mucus qui forme le *bouchon gélatineux* de la grossesse, car à cette époque il est sécrété en plus grande quantité que pendant l'état de vacuité de l'utérus.

Dans certains états morbides, l'hypersécrétion se produit également, et même alors il est souvent rendu puriforme par la présence d'un certain nombre de leucocytes.

(1) Ch. Robin, *Leçons sur les humeurs*, 1867, p. 478.

Le mucus de la cavité utérine diffère un peu du précédent; il est aussi toujours alcalin, mais il est grisâtre, très-peu visqueux. demi-liquide. Il tient en suspension des cellules d'épithélium nucléaire provenant des glandes en grappe de la muqueuse et des cellules d'épithélium prismatique détachées de la face interne de l'utérus.

Ce mucus est abondamment sécrété dans certaines circonstances physiologiques : c'est ainsi que chez beaucoup de femmes, on voit la veille ou l'avant-veille du jour où les règles vont se manifester, et pendant un ou deux jours après, cet écoulement devenir assez abondant.

Aux éléments anatomiques en suspension dans le mucus ordinaire, il faut joindre dans ces conditions nouvelles, un plus grand nombre de leucocytes, quelques hématies, venant des capillaires rompus à la superficie de la muqueuse utérine (1).

Nous venons de voir que le mucus est sécrété en plus grande abondance dans certains états physiologiques qui coïncident avec une hypérémie de la muqueuse utérine ; il n'est donc pas surprenant de voir cette même hypersécrétion se produire dans les états pathologiques où cette hypérémie se manifestera.

Nous établirons bientôt, quand nous parlerons de la congestion utérine, que la congestion et l'inflammation sont des expressions presque synonymes, qui ne diffèrent qu'au point de vue du degré, l'hypérémie étant le premier degré de l'inflammation. Cette manière de voir nous permet de conclure que la leucorrhée est toujours dépendante d'un état congestif ou inflammatoire plus ou moins marqué de la muqueuse utérine. Cette idée que l'hypérémie est très-voisine de l'inflammation, est du reste si généralement admise que l'on recommande de ne point pratiquer de cautérisations ni d'opérations sur l'utérus lorsqu'il est fortement congestionné, parce que l'on a remarqué que l'on pouvait facilement déterminer alors des accidents inflammatoires.

On a invoqué, pour admettre que la leucorrhée pouvait être essentielle, le caractère de mobilité de l'écoulement et sa rapide disparition. Nous ne nierons pas qu'une leucorrhée passagère puisse se produire sans que nous observions une lésion de la muqueuse utérine, mais même alors la lésion existe certainement, seulement elle est trop minime pour que nous puissions la constater et elle a pu disparaître quand nous faisons notre examen. Dans tous les cas, ce que nous ne pouvons admettre, c'est qu'une leucorrhée persistante puisse exister sans que nous rencontrions une lésion inflammatoire de la muqueuse utérine facilement perceptible. Ce que nous admettons ici pour l'utérus, est admis pour certaines autres muqueuses de l'économie : c'est ainsi que nous voyons se produire un flux de liquide transparent, visqueux chez les individus alcooliques dont la muqueuse stomacale présente des traces de gastrite chronique manifeste.

(1) Ch. Robin, *Traité des humeurs*, p. 480, 1867.

De même dans le catarrhe des bronches et de la vessie, et dans la leucorrhée vaginale, nous ne comprenons pas l'écoulement, sans un certain degré d'inflammation des muqueuses vésicales ou vaginales.

Les auteurs qui admettent l'existence de la leucorrhée essentielle, ne pouvant cependant nier l'existence des lésions inflammatoires que l'on rencontre si souvent du côté de la muqueuse utérine, tournent la difficulté en admettant que ces lésions se sont produites sous l'influence de la leucorrhée persistante. Nous ne pouvons admettre cette manière d'interpréter les faits ; il nous semble bien plus facile d'admettre que la congestion répétée sous l'influence de laquelle la leucorrhée se produit, peut aussi déterminer les lésions inflammatoires que l'on constate.

Cette manière de voir, qui consiste à n'admettre la leucorrhée que comme symptomatique, est du reste admise par un grand nombre d'auteurs dont l'autorité est considérable. M. Mauriac (1) considère en effet la leucorrhée comme un des symptômes les plus importants des maladies inflammatoires et congestives de l'utérus. D'après M. Nonat, la leucorrhée est un produit de sécrétion morbide qui naît sous l'influence de quelque irritation morbide ayant son point de départ dans une phlegmasie ou une névrose de l'appareil utéro-génital. « Nous avons peine à comprendre, dit-il, qu'une sécrétion soit altérée sans que l'organe sécréteur ait subi lui-même quelque lésion matérielle, quelque modification dans ses conditions anatomiques (2) ». M. Gallard (3) la considère comme toujours symptomatique d'une altération de la muqueuse utérine. M. Courty lui-même, qui admet l'existence de la leucorrhée idiopathique, nous dit que pour que cette leucorrhée se produise, il faut un certain degré d'irritation ou de congestion de la muqueuse. « La leucorrhée idiopathique, dit-il, est un *flux anormal* des muqueuses génitales plus particulièrement de la membrane interne de l'utérus, flux muqueux ou mucoso-purulent *favorisé par une atonie générale et par une prédisposition locale et déterminé enfin par une irritation légère de la membrane sécrétante ou par une imperfection fonctionnelle telle que la chlorose* (4).]]

§ I. — Causes.

[[La leucorrhée n'étant point pour nous une maladie primitive, nous n'avons point à énumérer ici les diverses causes qui peuvent lui donner naissance. Ce que nous pouvons dire seulement : c'est que tout ce qui produira l'hypérémie de la muqueuse pourra donner naissance à la leucorrhée.

Nous dirons cependant qu'elle se montrera de préférence chez les fem-

(1) Mauriac *in* West, *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. française, 1872, p. 194.
(2) Nonat, 2e édition, p. 184.
(3) Gallard, *Leç. cliniques sur les malad. des femmes*, 1873, p. 209.
(4) Courty, *Traité prat. des malad. de l'utérus*, p. 665, 2e édit.

mes d'une constitution délicate, à tempérament lymphatique développé, chez celles qui présentent des traces de scrofule, à la suite des accouchements répétés ou des avortements, de l'impression du froid, de la fatigue, d'une alimentation insuffisante, de l'abus du coït, de l'usage des emménagogues, d'injections stimulantes ou de l'usage des pessaires.

Nous verrons bientôt toutes ces causes figurer parmi celles qui donnent naissance à la métrite muqueuse aiguë ou à la métrite chronique.]]

§ II. Symptômes.

[[La leucorrhée utérine est caractérisée, avons-nous dit, par la production d'un écoulement morbide provenant de la cavité de l'utérus et de son col, et symptomatique d'un certain degré d'inflammation de la muqueuse.

L'écoulement en effet, est le phénomène caractéristique de la leucorrhée; quant aux autres symptômes que les auteurs ont décrits comme caractérisant la leucorrhée, ils doivent être mis sur le compte des altérations diverses de nature inflammatoire, que l'on rencontre alors, et qui sont d'après nous l'origine du catarrhe utérin.

Les auteurs qui avaient admis la leucorrhée comme entité morbide décrivaient deux formes de cette affection, la forme aiguë, et la forme chronique.]] Ainsi Lisfranc donnait de la forme aiguë, la description suivante: « Souvent, sans cause appréciable, la malade éprouve dans les organes génitaux une démangeaisou qui augmente graduellement jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'utérus; elle ressent en même temps une sensation de brûlure et de pesanteur dans le pelvis. L'hypogastre est tendu et sensible au toucher. L'utérus semble peser douloureusement sur le périnée. La malade éprouve dans les reins des tiraillements qui s'étendent dans les aines, les hanches, le sacrum et les cuisses. Il y a des envies fréquentes d'uriner. Les grandes lèvres participent quelquefois au gonflement des parties profondes, et la malade a de la peine à s'asseoir et à se mouvoir, et si le gonflement est considérable, il lui est tout à fait impossible de garder la position assise. Cet état est souvent accompagné de nausées, de lassitude, de malaises et parfois de douleurs articulaires. Après trois ou quatre jours, si l'affection n'est pas convenablement traitée, on voit s'échapper de la vulve un écoulement clair, limpide et visqueux (1). »

[[En outre il existerait une douleur locale intense et de l'excitation générale. Le pouls serait fréquent, la peau chaude, la soif vive; si l'on procède à un examen interne, le col et le corps de l'utérus seraient sensibles au toucher et un peu augmentés de volume.

Dans la forme chronique, l'écoulement présenterait sensiblement les mêmes caractères, mais les symptômes généraux seraient plus légers; il y

(1) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*, *Leçons cliniques*. Paris, 1836, p. 249.

aurait peu de malaise ; cependant il existerait un certain degré de langueur, de temps à autre un peu de céphalalgie, de la pâleur et une douleur constante dans le dos au niveau du sacrum, une sensation de poids vers l'hypogastre et quelquefois du ténesme.

Nous avons tenu à rapporter ici les symptômes de ces deux formes décrites dans un grand nombre d'auteurs, comme caractérisant la leucorrhée; mais nous verrons dans le chapitre suivant, qui sera consacré à la métrite, que les symptômes que l'on attribue à la leucorrhée aiguë, sont ceux que nous verrons caractériser la métrite muqueuse aiguë ; tandis que ceux de la leucorrhée chronique se rapporteront manifestement à la métrite chronique.

L'écoulement est continu ou intermittent. Quelquefois il ne se produit qu'au moment des époques, pendant un jour ou deux avant et un jour ou deux après. Quelquefois même, il remplace complétement l'écoulement sanguin. Nous pouvons nous rendre compte de ce dernier phénomène en disant que la congestion utérine qui accompagne la rupture de la vésicule de Graaf est suffisante pour déterminer la sécrétion plus abondante des glandes et la desquamation épithéliale de la muqueuse, tandis qu'elle est insuffisante pour déterminer la rupture des capillaires.

D'autres fois l'écoulement est presque continu, mais il présente toujours alors des recrudescences coïncidant avec les époques menstruelles.]]

La quantité de l'écoulement est très-variable; je l'ai vu, dans certaines circonstances, assez abondant pour exiger l'emploi de plusieurs serviettes en un jour. Dans la majorité des cas, il est incolore et semi-transparent ; je l'ai quelquefois vu d'une teinte verte ou brunâtre. La consistance varie depuis celle d'un mucus fluide jusqu'à celle d'un liquide gélatineux et coagulé, comme l'ont décrit Hamilton et Nauche. Ce liquide ne possède pas ordinairement de propriétés irritantes; mais il peut arriver, comme je l'ai observé, qu'il soit âcre et produise des excoriations des grandes lèvres et de la peau environnante. Le docteur Tyler-Smith a décrit minutieusement les caractères de ce liquide.

Dans les différentes variétés on trouve : 1° un plasma alcalin ; 2° des globules de mucus ; 3° des débris d'épithélium cylindrique ; 4° des globules de pus ; 5° des globules sanguins ; 6° des globules graisseux. Au moyen du spéculum on peut voir le liquide sourdre de l'orifice utérin, quelquefois conservant son caractère glutineux et pendant sous forme d'un cordon muqueux dans le vagin. Clair et transparent, quand il sort de l'utérus, le mucus acide du vagin lui donne une coloration blanchâtre. Dans les cas simples, ce n'est qu'une augmentation de la sécrétion normale ; d'autres fois, il s'y ajoute des globules sanguins et graisseux ou purulents; quand l'écoulement est très-abondant, on voit sortir du vagin un liquide ténu et aqueux, au lieu du plasma consistant dont il est habituellement composé.

[[On s'est demandé si le catarrhe utérin pouvait être contagieux, et cer-

tains auteurs ont répondu par l'affirmative ; on ne peut nier assurément que le catarrhe utérin ne puisse engendrer une uréthrite chez l'homme, mais quant à provoquer la blennorrhagie, cela ne saurait être admis.

La durée de cet écoulement est essentiellement variable et nécessairement en rapport avec la maladie qui en est la cause.]]

§ III. — Diagnostic.

La leucorrhée utérine peut être confondue avec la *gonorrhée utérine* ou avec la *leucorrhée vaginale :*

1° L'histoire des antécédents de la malade peut seule permettre d'établir le diagnostic de la leucorrhée utérine d'avec la *gonorrhée.* Dans la gonorrhée utérine, si elle est aiguë, il y a généralement une cuisson brûlante tout le long du canal génital et de la douleur pendant le coït. L'écoulement offre une coloration plus foncée que dans la leucorrhée, il peut y avoir en même temps de la brûlure en urinant et un écoulement uréthral.

2° On distinguera cette maladie de la *leucorrhée vaginale* si l'on tient compte des circonstances antérieures, par exemple, lorsque l'écoulement succède à un avortement, à un accouchement, qu'il est supplémentaire ou prémonitoire de la première apparition des règles ; on fera également attention aux particularités qu'il offre aux époques menstruelles, aux effets qu'il produit sur l'état général. Si la leucorrhée utérine se montre pendant l'intervalle des époques menstruelles, l'écoulement augmente toujours après que les règles ont cessé ou avant qu'elles aient paru. D'après mon expérience personnelle, jamais pareille chose n'a lieu lorsqu'il s'agit d'une leucorrhée vaginale. Je doute fort que la leucorrhée vaginale donne lieu à des symptômes généraux sérieux, si ce n'est dans des cas extrêmement rares. Les résultats du traitement ne constituent, en aucune façon, un moyen de diagnostic, mais ils peuvent quelquefois donner un renseignement utile, quant à la connaissance de la source de l'écoulement. Car j'ai presque toujours observé que les injections astringentes, si utiles dans la leucorrhée vaginale, sont nuisibles dans celle qui a son origine dans l'utérus. Le docteur Jewel, dans l'excellent ouvrage que j'ai déjà cité, a donné un signe auquel il attache une certaine valeur. Dans la variété utérine, pendant la nuit, à cause de la position horizontale, il ne se fera aucun écoulement. Si on introduit une éponge dans le vagin avant la nuit et qu'on l'enlève le matin sans qu'elle soit imbibée, ce médecin en conclut qu'il n'y a pas d'écoulement vaginal ; si au contraire, l'éponge est imprégnée du liquide sécrété, l'écoulement provient du vagin. Je ne doute pas que ce ne soit là un très-bon moyen, dans certains cas, où le liquide utérin n'est pas très-abondant, car la cavité utérine a une capacité qui équivaut à peine au volume d'une amande. Si le liquide sécrété est plus abondant, on comprend sans peine que, quelle que soit la posture de la

malade, l'éponge puisse être imbibée sans que le vagin soit atteint en aucune façon. De plus, dans tous les cas où les deux organes sont simultanément malades et où les phénomènes utérins seront facilement reconnaissables, ce signe est insuffisant pour prouver l'affection vaginale et peut avoir des inconvénients en ce qu'il fera négliger l'affection utérine. Si le cas était simple, l'alcalinité de la sécrétion utérine et l'acidité de la sécrétion vaginale pourraient nous être d'un grand secours, mais il devient inutile lorsque, suivant la règle, les deux affections sont concomitantes. L'état gélatineux de la sécrétion, suivant Tyler-Smith, est dû au mélange des liquides vaginaux et utérins qui ont une réaction différente.

3° Le spéculum nous apprendra s'il existe une *érosion* ou une *ulcération du col.* Les symptômes locaux et généraux sont très-analogues. Le doigt seul est insuffisant à nous renseigner; mais, au moyen du spéculum, on constatera aisément, dans un cas, que la surface de la muqueuse est intacte quoique enflammée, que, dans l'autre, il y a de la congestion locale avec destruction plus ou moins superficielle de la muqueuse cervicale.

4° On pourra différencier la matière de l'écoulement leucorrhéique de celle d'un *abcès de l'utérus,* de l'ovaire ou du tissu cellulaire, ouvert dans le vagin, à la simple inspection ou par les caractères microscopiques du liquide sécrété, par l'absence des symptômes d'une maladie de l'utérus ou de l'ovaire, et par l'existence des symptômes actuels de la leucorrhée utérine.

§ IV. — Traitement.

[[Le traitement de la leucorrhée ne comporte pas d'indications bien spéciales. Il faudra avant tout combattre le léger degré d'inflammation qui cause et entretient la maladie.

C'est pour cela qu'on aura recours aux antiphlogistiques, tels que sangsues sur le col, ventouses sur les reins, et aux révulsifs, vésicatoire sur le sacrum, et ensuite à certains agents médicamenteux que l'on pourra porter directement sur la muqueuse utérine, ainsi que nous le verrons quand nous parlerons de la métrite muqueuse aiguë et chronique; on aura aussi recours aux médicaments qui tendent à relever l'état général de la malade, tels que préparations ferrugineuses, quinquina, hydrothérapie, bains de mer, bains sulfureux.

Nous laisserons subsister ici les divers traitements indiqués par l'auteur, mais nous ferons immédiatement remarquer qu'ils s'attaquent pour la plupart à l'inflammation de la muqueuse utérine, ce qui explique les heureux résultats dont ces diverses médications ont été suivies.]]

Il n'existe pas de meilleur signe distinctif entre la leucorrhée utérine et la leucorrhée vaginale que l'emploi des injections astringentes. Dans la leucorrhée vaginale, elles agissent avec beaucoup d'efficacité; sous leur influence, les symptômes s'amendent et l'écoulement s'arrête sans aucun

effet malheureux ; tel n'est pas l'effet dans la leucorrhée utérine. Si l'usage de ces injections ne produit pas de mauvais effet, les malades n'en tirent aucun bénéfice, et elles n'en continuent pas moins à perdre pendant plusieurs mois de suite. Dans certaines circonstances, elles ont donné lieu à une grande irritation avec ménorrhagie et à une aggravation des symptômes locaux. Il n'en est pas de même lorsqu'on emploie des injections d'eau froide ou tiède ; j'en ai observé les meilleurs effets, surtout lorsqu'on emploie la seringue d'Higginton, qui a l'avantage de maintenir un courant d'eau continu. Il y a quatre médicaments dont je me suis presque toujours bien trouvé.

1° Le baume de copahu à doses croissantes, en commençant par 15 gouttes trois fois par jour. Si l'estomac ne le tolère pas sous cette forme, on peut en faire des pilules.

2° Les préparations ferrugineuses, surtout le sulfate, le nitrate ou le perchlorure de fer ; j'y associe ordinairement les pilules bleues (pilules mercurielles) ou les pilules de rhubarbe composées ; on améliore ainsi les forces digestives, et sous leur influence on voit diminuer l'écoulement leucorrhéique.

3° La décoction de bois de campêche. Dans deux ou trois cas où j'ai employé ce médicament, il m'a paru très-utile ; l'écoulement a diminué et les malades ont guéri.

4° L'ergot de seigle. Ce médicament a été fort recommandé par MM. Roche (1), Dufrenois, Bocquet, Negri, Ryan, etc. ; et dans quelques cas rebelles, je l'ai prescrit après avoir échoué avec d'autres moyens. Il a été donné à la dose de 0,25 centig., trois ou quatre fois par jour. Tels sont les moyens que j'ai trouvés les plus efficaces, mais leur utilité est encore plus appréciable après l'application préalable d'un vésicatoire.

Huston est porté à croire à l'efficacité du moyen préconisé par Aug. Vidal (de Cassis) (2), et qui consiste à injecter une solution de nitrate d'argent dans l'utérus dans les cas rebelles. L'opération n'offre pas de difficultés, mais les résultats m'en paraissent douteux. Quelquefois ce moyen peut être sans inconvénients ; d'autres fois, il sera très-douloureux, et enfin il peut être dangereux. Dans certaines circonstances où le mal est tenace, une cautérisation à la surface du col et dans le col utérin rendra de grands services. J'ai souvent employé avec succès une forte solution de teinture d'iode avec laquelle je peignais le col deux ou trois fois par semaine.

On a préconisé d'autres substances médicales : ainsi la poudre de racine de colchique a été fort vantée (3), mais je l'ai vue échouer entre mes mains. D'autres ont recommandé l'écorce de simarouba (4), le poivre cubèbe (5),

(1) Roche, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1831, t. VII, art. Ergot.
(2) Vidal, *Traité de pathologie externe*, 5e édition, par Fano. Paris, 1861, t. V, p. 441.
(3) *American Journal of the Medical Sciences*.
(4) *Med. Commentaries*, vol. VII, p. 443.
(5) *Edinburgh Med. and surg. Journal*, vol. XVII, p. 312 ; vol. XVIII, p. 318.

les yeux d'écrevisses (1), la teinture de cantharides (2) et la racine de sureau (3). L'iode a été hautement prôné (4). Brera, Gimelle, Sablairolles et Müller disent l'avoir employé avec grand avantage dans des cas anciens et rebelles. Gimelle donne une once de sirop iodé matin et soir dans une infusion appropriée (5). On se servira souvent avec avantage des eaux ferrugineuses. Quand la maladie en était à son déclin, je me suis toujours bien trouvé de lotions sur le dos et les reins avec de l'eau salée tiède ou froide. Il ne faut pas négliger de surveiller avec attention l'état de l'estomac et des intestins. S'il y a de la constipation, une pilule bleue associée à de la rhubarbe ou l'aloès joint à de l'asa-fœtida, après lesquels on prescrira une petite dose d'huile de ricin, y remédiera. Des lavements émollients sont très-utiles. S'il y a une irritation locale ou générale très-marquée, on prescrira la ciguë, la jusquiame ou de l'opium à doses modérées. On veillera à ce qu'on observe une propreté exquise. Les organes génitaux externes seront lavés avec de l'eau tiède deux ou trois fois par jour et soigneusement séchés. S'il existe quelque excoriation, une lotion avec l'eau blanche ou une solution de tannin y remédiera. La malade sera bien couverte, sans excès; on maintiendra plus de chaleur autour des hanches et des reins. Le grand air et l'exercice seront recommandés, à la condition qu'ils ne détermineront aucune fatigue ; on attachera surtout une grande importance à cette prescription lorsque viendra la convalescence. On permettra les bains de mer aussitôt que l'écoulement aura complétement cessé. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il faudra éviter toutes les causes qui peuvent produire ou entretenir la maladie.

Il est rare que j'aie vu échouer ce traitement, et même après une rechute (à laquelle toutes les malades sont très-exposées). La persévérance dans l'usage de ces moyens a toujours amené la guérison.

CHAPITRE IX

CONGESTION UTÉRINE.

Je considère la congestion, l'inflammation utérines, l'érosion, l'ulcération du col de l'utérus comme formant une série régulière dans laquelle il y a des différences de degrés plutôt que de genres : quel est l'ordre de succession de ces diverses maladies? Je ne le sais pas; mais ce dont je suis sûr, c'est que l'on peut toujours, à n'importe quelle période recon-

(1) *Med. Commentaries*, vol. I, p. 525.
(2) *Edinburgh Med. and surg. Journal*, vol. VII, p. 176.
(3) Martin Solon, *Bulletin de thérapeutique*. Paris, 1832, t. I, p. 161.
(4) Martin Solon, *Dict. de méd. et chirurgie pratiques*. Paris, 1833, t. X, p. 520, art. Iode.
(5) Gimelle, *Journal universel des sciences médicales*, t. XXV, p. 5.

naître l'existence d'une maladie antérieure. C'est ainsi qu'il est difficile de rencontrer une érosion sans congestion et inflammation concomitante ou bien hypertrophie sans une congestion antérieure. Cependant, comme elles sont en apparence distinctes, il vaut mieux traiter séparément chacune de ces affections.

[[La *congestion* ou hypérémie utérine est l'accumulation du sang dans les vaisseaux de l'utérus.

La congestion utérine a été regardée par un certain nombre d'auteurs comme une entité morbide ayant ses causes et son évolution propres.

Certains auteurs se sont efforcés de décrire séparément la fluxion et la congestion. Nous ne comprenons pas bien les différences qu'ils ont voulu établir entre ces deux états morbides. Ainsi M. Courty donne de la fluxion la définition suivante : « état morbide caractérisé par un mouvement sanguin vers l'utérus, accompagné du cortége particulier des phénomènes, indiquant un afflux de sang vers le système utérin, et se traduisant par des symptômes de molimen analogues mais bien supérieurs à ceux qui annoncent la venue des règles chez quelques femmes (1). »

La définition précédente s'applique très-exactement, selon nous, à ce que l'on a coutume de désigner sous le nom de *congestion active*, et nous ne voyons pas dès lors qu'il soit nécessaire de décrire, sous le nom de fluxion, la congestion active de l'utérus ; expression qui a en outre l'inconvénient de laisser supposer que l'hypérémie qui se produit du côté de l'organe utérin, est différente de celle des autres organes.

La *congestion active* est celle qui se produit sous l'influence d'une excitation, laquelle détermine par action réflexe une dilatation des capillaires ; le type des congestions actives est la congestion qui survient sous l'influence de l'ovulation.

La *congestion passive* est celle qui se produit quand les capillaires se laissent dilater sous l'influence de la pression sanguine ; soit qu'un certain degré d'atonie diminue la contractilité des fibres musculaires vasculaires, soit qu'il existe un obstacle au reflux du sang. Comme exemple de cette seconde variété, on peut citer l'hypérémie qui se développe à la suite des fièvres typhoïdes, ou dans les maladies organiques du cœur.

Dans la description qui va suivre, nous aurons surtout en vue la congestion active, nous noterons cependant les différences qui existent dans les congestions passives.

La congestion utérine a été regardée par un certain nombre d'auteurs o mme une entité morbide ayant ses causes et son évolution propres. C'est ainsi que Aran et M. Courty admettent que souvent la maladie est idiopathique. M. Nonat et avec lui la plupart des auteurs modernes la regardent comme presque toujours symptomatique. Nous admettrons, en effet, que l'hypérémie est toujours symptomatique d'un trouble vaso-moteur, dépen-

(1) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. 2e édition, p. 487.

dant de l'état général ou d'affections diverses de l'appareil utéro-ovarien. L'hypérémie physiologique de la menstruation dépend d'un trouble vasomoteur dont le point de départ est l'ovule arrivé à maturité.

J'arrive maintenant à une question très-délicate ; je veux parler de la relation intime qui existe entre la congestion et l'inflammation.

L'hypérémie est pour ainsi dire le premier stade de l'inflammation; toute inflammation débute en effet par la congestion. Dans l'état actuel de la science, l'élément vasculaire joue un rôle si important dans l'inflammation, que congestion et inflammation sont presque synonymes. « Les limites entre la congestion et l'inflammation, dit M. Luton, sont très-difficiles à marquer, ou, pour mieux dire, il faut éviter d'établir entre ces deux phénomènes une opposition qui n'est pas dans la nature des choses et s'en tenir à montrer les rapports de subordination qui les unissent l'un à l'autre (1). »

Les quelques lignes qui précèdent ont trait à la congestion en général ; mais elles peuvent s'appliquer en tous points à la congestion utérine; il suffit, en effet, que la congestion se répète un certain nombre de fois avec quelque peu d'intensité, pour qu'on observe les modifications anatomiques qui caractérisent l'inflammation.

Quand on dit que la congestion aboutit facilement à l'inflammation, cela signifie qu'il se produit à chaque congestion une modification du tissu qui, surajoutée aux modifications déjà produites par les congestions précédentes, devient perceptible à nos moyens d'investigation.

Ainsi, l'on peut admettre qu'après une congestion, même de peu de durée, il se produit une légère modification anatomique du tissu qui est le siége de l'hypérémie, laquelle disparaît rapidement dès que la congestion cesse de se produire; mais qu'une congestion survienne lorsque la première a à peine disparu, il se produit de nouveau une certaine altération, laquelle, ajoutée à la première qui n'a pas eu le temps de disparaître, constitue déjà une lésion plus importante. Admettons maintenant que l'hypérémie se reproduise trois, cinq, dix fois dans un espace de temps assez court, la lésion anatomique devient trois, cinq, dix fois plus importante, et à un certain moment, elle est suffisante pour être facilement observée et pour ne pas disparaître dès que la congestion a cessé. La lésion, une fois produite, agit à son tour comme épine et entretient l'hypérémie, de sorte que d'abord l'hypérémie produit une lésion, laquelle à son tour amène la congestion. Nous voyons, d'après cette manière d'envisager la congestion, que cet état est vraiment le premier degré de l'inflammation, premier degré qui, s'il est de peu de durée et d'une intensité peu considérable, n'entraîne à sa suite qu'une modification anatomique très-minime et qui n'est pas perçue par nos moyens d'investigation, à cause de leur

(1) Alfred Luton, *Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*, art. CONGESTION. Paris, 1688, ome LX, p. 18.

peu d'importance et de leur disparition rapide. Ne voit-on pas en effet, dans l'érysipèle qui est manifestement de nature inflammatoire, la rougeur et la tuméfaction disparaître aussitôt après la mort.

La congestion cataméniale elle-même, qui devrait être regardée comme le type des congestions non inflammatoires, vient-elle à se produire avec une certaine intensité et une certaine durée, que nous voyons survenir manifestement des symptômes inflammatoires. Cette terminaison de la congestion qui accompagne la menstruation, est admise par un grand nombre d'auteurs. « Supposez, dit M. Gallard (1), que cet état *physiologique* s'exagère, il deviendra alors un état *morbide* et constituera la maladie désignée tantôt sous le nom de *fluxion*, tantôt sous celui de *congestion active de l'utérus*. Admettons un degré de plus dans cette congestion active, elle s'accompagnera d'une sorte de mouvement fébrile, et si l'écoulement menstruel ne se fait pas, la congestion qui devait se dissiper sous l'influence de cette hémorrhagie naturelle persistera; alors on aura le premier degré de l'inflammation de l'utérus.

«La ligne de démarcation entre la congestion et l'inflammation est donc pour ainsi dire insaisissable, et en cela la pathologie utérine ne fait plus exception à la règle commune; car, dans la pneumonie par exemple, on éprouve la même difficulté à dire où finit la congestion, où commence l'inflammation vraie. C'est que la congestion et le premier degré de l'inflammation ne sont qu'un seul et même état pathologique. »

Quant à la congestion passive, bien que l'utérus soit parfois gorgé de sang, elle n'a que peu de tendance à se terminer par une inflammation; elle aboutit bien plus souvent à la rupture des capillaires et à une hémorrhagie.]]

§ I. — Causes.

[[Les causes de la congestion utérine sont multiples et essentiellement variables.

Les causes *prédisposantes* sont la situation déclive de la matrice, sa grande vascularité, l'absence de valvules dans les veines qui émergent de l'utérus. Joignons à cela la fonction menstruelle, et aussi la grossesse.

Quant à l'âge, il prédispose aussi singulièrement aux congestions. Nous savons que l'hypérémie utérine se produit surtout pendant tout le temps que les femmes sont réglées. Quant à la constitution, on sait que les femmes chlorotiques, ou à tempérament lymphatique, sont très-sujettes aux congestions. Citons encore le séjour dans les grandes villes, à cause des exci-

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 1873, p. 154.

tations continuelles auxquelles les femmes sont soumises, l'usage des vêtements trop serrés, la constipation, la marche, les fatigues.

La plupart des causes prédisposantes que nous venons d'énumérer peuvent, lorsqu'elles agissent pendant un certain temps et avec assez d'intensité, devenir *déterminantes*.

Parmi ces dernières, il faut placer les diverses affections de la matrice, la métrite, les polypes, les corps fibreux, les maladies des organes voisins, tels que le vagin, les trompes, les ligaments larges, le péritoine circonvoisin, la vessie et le rectum.

Au nombre des causes qui agissent encore pour déterminer la congestion, il faut admettre l'introduction des corps étrangers dans l'utérus, tels qu'éponges préparées, tiges de laminaria, hystéromètres, redresseurs, et aussi les opérations pratiquées sur l'utérus ou le col, telles que cautérisations, incisions, ablations de polypes, injections intra-utérines, ou même vaginales.

En dernier lieu, nous placerons comme causes efficientes, certaines émotions morales, les affections générales, telles que la chloro-anémie, les pyrexies, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la suppression de certaines hémorrhagies, telles que l'épistaxis, les hémorrhoïdes.

Dans l'énumération qui précède, nous avons omis à dessein un certain nombre de causes qu'il est d'ailleurs facile de prévoir, si l'on songe que toute cause qui produit une excitation directe de la matrice, ou indirecte par action reflexe, ou la gêne dans le retour du sang, peut déterminer la congestion.]]

§ II. — Symptômes.

Dans le cas de congestion active, chez beaucoup de femmes, les symptômes sont pendant longtemps très-peu marqués : des douleurs passagères dans les reins et un écoulement muqueux.

D'autres fois la douleur de reins et celle qui siége au niveau des ovaires sont très-vives. Elles s'accompagnent d'un sentiment de pesanteur qui s'étend jusque dans les cuisses, et elles sont augmentées par la marche ou la station debout. J'ai noté plusieurs fois aussi une douleur spéciale sur trois points différents : au niveau de la symphyse, à la pointe du coccyx, et le long du nerf sciatique jusqu'au genou ; j'aurais eu de la peine à rapporter ce dernier symptôme à la congestion, si je n'avais vu disparaître la douleur en même temps que la matrice se guérissait. Il y a une sensation générale de lassitude et de faiblesse, une sensation de poids dans le bassin. Presque toujours la malade se plaint d'une leucorrhée plus ou moins abondante, quelquefois l'écoulement est blanc comme du lait, d'autres fois il est plus épais et gluant, d'autres fois encore il est coloré et fétide. Quelquefois la leucorrhée est largement colorée par une petite quantité de sang, parfois même il existe une véritable métrorrhagie.

La congestion est presque toujours accompagnée de nausées et d'une certaine réaction fébrile : il existe de la douleur dans les régions ovarienne, lombo-sacrée et hypogastrique.

Dans les cas graves, toute la région abdominale inférieure est douloureuse et souvent tellement sensible que la malade peut à peine supporter le poids de ses couvertures. Cependant, même dans ces cas, la sensibilité est plus grande au niveau des ovaires.

Dans la plupart des cas, les désirs sexuels sont très-affaiblis, et même souvent ils sont complétement anéantis; le coït, d'ailleurs, est très-douloureux, et il est toujours une cause d'aggravation de la maladie.

Un autre symptôme fort ennuyeux qui accompagne parfois la congestion utérine, c'est le prurit de la vulve. A l'examen de la vulve, on ne trouve aucune lésion appréciable, et il faut chercher longtemps avant d'en arriver à la véritable cause, qui est l'inflammation ou l'ulcération du col de l'utérus. Quand la congestion est grave, il n'est pas rare de voir le rectum et la vessie sympathiquement irrités.

La variété de ces symptômes et leur intensité seront plus ou moins modifiées, suivant la lésion locale qui détermine la congestion.

Au toucher, le col paraît plus large, plus mou, plus spongieux ; il cède à la pression et semble légèrement déprimé. A l'examen au spéculum, on le trouve tuméfié, d'un rouge plus foncé qu'à l'état normal, et souvent, à la vue, il rappelle l'aspect des tissus mortifiés. Dans beaucoup de cas le col de l'utérus est entr'ouvert et l'écoulement est épais et opaque. La congestion est rarement limitée au col ; le plus souvent, le corps est également affecté.

Les symptômes de la congestion sont moins accusés que dans les autres affections dont nous allons parler. J'ai vu cependant, comme conséquence de cette congestion, des dysménorrhées graves, avec douleurs dans les reins, douleurs dans le côté gauche, difficulté à marcher, leucorrhée, trouble de la santé générale, céphalalgie, etc.

[[Les symptômes de la congestion passive sont en général plus obscurs, les douleurs sont moins vives, la réaction générale moins intense, les phénomènes sympathiques à peine marqués.

Quant à la durée de la congestion, elle est essentiellement variable et en rapport avec la cause qui lui donne naissance. On conçoit qu'une émotion morale ou certaines maladies fébriles puissent donner lieu à une congestion passagère, tandis que les maladies de l'utérus ou de ses annexes entretiendront une congestion presque constante.]]

§ III. — Diagnostic.

[[Le diagnostic est en général assez facile; il s'éclaire surtout par la connaissance des causes si multiples qui engendrent la congestion.

Il faut en outre savoir si la congestion est active, si elle est passive, et surtout quelle est la cause qui entretient la congestion.

La congestion active se reconnaît par l'intensité plus grande des symptômes, par des phénomènes réactionnels assez notables, une douleur hypogastrique assez intense, surtout à la pression, une chaleur, une sensation de plénitude dans le bassin, une douleur vive si l'on pratique le toucher vaginal et qu'on presse sur le col ou le corps de l'utérus. La congestion passive, au contraire, se distingue par l'augmentation de volume de l'organe, sans douleur bien marquée, la couleur foncée du col, et l'absence de phénomènes généraux, et aussi par la connaissance de la cause, qui est une gêne dans la circulation sanguine ou un affaiblissement considérable de l'organisme. On arrivera au diagnostic de la cause, à l'aide du toucher, de l'examen au spéculum et des signes caractéristiques des diverses maladies concomitantes, soit locales, soit générales.]]

§ IV. — Traitement.

[[Le traitement comprend deux parties différentes : 1° combattre la cause de l'hypérémie ; 2° chercher à faire disparaître ou à diminuer l'afflux sanguin.

La maladie locale ou générale ne doit pas nous occuper ici ; on étudiera, à propos de chacune d'elles, le traitement spécial qui lui convient.

Quant à la congestion elle-même, on a employé contre elle un certain nombre de moyens que nous devons passer en revue.

Certains auteurs ont conseillé la saignée générale comme moyen dérivatif et pour diminuer la masse du sang. Ce moyen pourra être employé chez quelques femmes robustes, mais on ne devra y recourir qu'avec une extrême prudence à cause de l'anémie consécutive qui peut en résulter.

La saignée locale sera employée de préférence, on pourra appliquer quatre à six sangsues sur le col ou des ventouses scarifiées. Ces émissions sanguines locales ont l'avantage d'agir plus directement sur l'organe et surtout de ne pas exposer à cet état d'anémie que nous devons toujours craindre chez des femmes le plus souvent prédisposées à la chloro-anémie.

On pourra encore employer avec avantage les manuluves sinapisés, les ventouses sèches sur la partie supérieure du tronc et aux membres supérieurs.

Quant aux sangsues appliquées à la vulve et à la partie supérieure des cuisses, ainsi que les sinapismes aux membres inférieurs et les pédiluves sinapisés, ils augmentent l'hypérémie au lieu de la diminuer.

On aura encore recours avec avantage aux injections vaginales tièdes, aux grands bains, aux révulsifs légers du côté de l'intestin, tels que les purgatifs et lavements laxatifs ; on administrera aussi quelques diurétiques.

Des lavements laudanisés peuvent être d'une certaine utilité, surtout quand il existe de la douleur.

La digitale, dans le but de produire un certain ralentissement de la circulation, d'où résulte un afflux sanguin moindre vers l'organe congestionné, peut aussi être administrée. On donnera dans ce cas une infusion avec 30 à 50 centigrammes de poudre, que l'on boira dans l'espace de 24 heures.

Aux moyens qui précèdent, on ajoutera le repos, le séjour au lit, l'absence de toute excitation intérieure ; on évitera les stimulants tels que le café, les alcooliques, le vin.

La congestion passive réclame quelques indications spéciales qu'il est important de signaler, car elles sont très-différentes de celles que nous avons indiquées précédemment. Il faudra le plus souvent relever les forces générales à l'aide des toniques, du fer, du quinquina, des stimulants diffusibles. L'hydrothérapie sera utile ici, mais surtout comme agent reconstituant ; on y joindra les bains de mer, les bains sulfureux.]]

CHAPITRE X

MÉTRITE

[[On désigne sous le nom de *métrite*, l'inflammation de l'utérus, quels qu'en soient le siége et la forme.

Dans la description qui va suivre, nous laisserons de côté la métrite qui survient dans les premiers jours qui suivent l'accouchement et que l'on a décrite sous le nom de *métrite puerpérale*. Cette maladie diffère assez de la métrite qui survient en dehors de la parturition, pour nécessiter une description à part. M. Gallard fait remarquer qu'il y a entre la métrite puerpérale et la métrite simple, la même différence qu'entre l'érysipèle phlegmoneux ou l'érysipèle traumatique et l'érysipèle léger, bénin, que l'on observe si souvent dans les salles de médecine. L'étude de la métrite puerpérale sera faite quand nous parlerons des maladies qui surviennent sous l'influence de l'accouchement.

Quant à la métrite qui survient quinze au vingt jours après l'accouchement et que Chomel a décrite sous le nom de *métrite post-puerpérale*, il n'y a pas lieu de séparer son étude de celle qui survient en dehors de l'accouchement, dont elle ne diffère d'ailleurs que par une marche moins aiguë et souvent chronique d'emblée.

La description qui va suivre s'appliquera donc à la métrite non puerpérale.

L'inflammation peut siéger du côté de la membrane muqueuse qui ta-

pisse la cavité utérine, ou du côté du parenchyme ; d'où la division en *métrite muqueuse* et *métrite parenchymateuse*.

L'inflammation isolée de la muqueuse et du parenchyme se rencontre seulement dans les formes aiguës de la maladie. Dans la forme chronique, l'inflammation de la muqueuse et celle du parenchyme se compliquent habituellement, de sorte qu'il est presque impossible d'admettre une métrite muqueuse chronique et une métrite parenchymateuse chronique complétement isolées.

Nous étudierons successivement la métrite muqueuse et la métrite parenchymateuse, soit aiguës, soit chroniques. La métrite parenchymateuse chronique, qui présente une marche très-différente de la maladie à l'état aigu, et se combine à l'inflammation chronique de la muqueuse dans la presque totalité des cas, doit être désignée, avec MM. Scanzoni et Gallard, sous le nom de *métrite chronique*, dénomination préférable à celle de métrite parenchymateuse chronique, en ce qu'elle ne laisse pas supposer que l'on a simplement affaire à l'inflammation parenchymateuse, mais bien plutôt à un ensemble de symptômes fournis par ces deux inflammations combinées.]]

ARTICLE PREMIER

MÉTRITE MUQUEUSE AIGUË ET CHRONIQUE

[[La métrite muqueuse est l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse la cavité du corps ou du col de la matrice.

La métrite muqueuse se divise en *aiguë* et *chronique*.

La muqueuse du col et celle du corps peuvent s'enflammer isolément ou simultanément; mais tandis que l'inflammation aiguë de la muqueuse de la cavité utérine se rencontre assez souvent à l'état isolé, la phlegmasie aiguë de la muqueuse du col ne se rencontre jamais seule, ou bien elle coïncide avec l'inflammation aiguë de la cavité, ou bien elle est dépendante d'une métrite parenchymateuse aiguë. C'est à l'inflammation ainsi limitée à la muqueuse de la cavité utérine, qu'on peut donner le nom de *métrite interne* ou *endo-métrite*. L'inflammation chronique de la muqueuse du col se rencontre quelquefois sans inflammation de la muqueuse de la cavité du corps, mais elle est dans ce cas toujours liée à une métrite parenchymateuse chronique.

L'inflammation chronique de la muqueuse de la cavité du corps n'existe pas non plus sans qu'il y ait en même temps un certain degré d'inflammation chronique du parenchyme.

Les différences anatomiques qui existent entre la muqueuse du corps et celle du col expliquent assez bien comment l'inflammation peut exister isolément du côté de la cavité utérine sans s'étendre à la muqueuse du col.

D'un autre côté, l'adhérence intime de la muqueuse du col au tissu utérin sous-jacent, explique pourquoi l'inflammation ne peut exister de ce côté sans qu'il y ait métrite parenchymateuse, ou réciproquement, et cela, à cause de l'extension de la phlegmasie à l'une et à l'autre de ces parties, suivant que l'inflammation débute par le parenchyme ou par la muqueuse. Dans la description qui va suivre, nous aurons surtout en vue la métrite muqueuse de la cavité du corps. Quand l'inflammation siége en même temps du côté du col, les symptômes et les indications thérapeutiques fournis par la phlegmasie de cette seconde partie sont trop peu importants, eu égard à ceux de l'inflammation de la muqueuse du corps, pour mériter une description spéciale. Quant à la métrite muqueuse du col, qui est liée à la métrite parenchymateuse aiguë et chronique, nous en parlerons quand nous étudierons l'une ou l'autre de ces deux formes.

Nous n'étudierons pas non plus séparément la forme aiguë et la forme chronique, nous ferons seulement remarquer les différences qui existent entre ces deux états, tant au point de vue de l'anatomie pathologique que de la symptomatologie. Nous réunirons l'étude de ces deux formes, afin d'éviter de nombreuses répétitions; nous ferons cependant observer que l'étude de la métrite muqueuse chronique serait certainement mieux placée au chapitre de la métrite chronique, à cause de l'inflammation parenchymateuse concomitante, qui imprime à la maladie cette marche spéciale que nous décrivons sous le nom de *métrite chronique*.

§ I. — Anatomie pathologique.

La métrite muqueuse présente deux espèces de lésions assez différentes.

1° *Ramollissement, ulcérations et ecchymoses sous-épithéliales.*

La muqueuse enflammée devient plus épaisse, plus lâche, adhère moins aux tissus sous-jacents et présente un certain nombre d'ecchymoses situées au-dessous de l'épithélium, d'autres fois de petits épanchements purulents, mais ces derniers sont rares. L'épithélium se détache par places et il en résulte des ulcérations.

M. Gallard (1), qui a examiné au microscope cette muqueuse ainsi enflammée, a observé un développement exagéré des vaisseaux au pourtour de l'ulcération. La surface de l'ulcération était déchiquetée, les dentelures étaient formées par le tissu même de la muqueuse utérine. Au-dessous de l'ulcération on trouvait recouvrant le tissu musculaire une couche de muqueuse aussi épaisse que sur les parties voisines. Les glandes utérines notablement augmentées de volume et dilatées étaient entourées de vaisseaux plus considérables qu'à l'état normal, mais ne présentaient pas d'autre altération de leur structure.

D'après le même auteur, on observe encore parfois une altération plus

(1) Gallard, *Leçons cliniq. sur les maladies des femmes*. 1873, p. 182 et suiv.

profonde et plus manifeste des glandes. Souvent on rencontre sur la surface de la muqueuse, même dans les points qui ne sont pas ulcérés, de petits orifices béants, contenant soit du sang, soit du muco-pus que l'on fait assez facilement sourdre par la pression ; ces orifices sont ceux des follicules muqueux enflammés et dilatés. Cette inflammation glanduleuse se rencontre même sans qu'il y ait ulcération de la muqueuse. L'épithélium de la muqueuse s'enlève facilement par le simple grattage, et lorsque la destruction de l'épithélium s'est produite, on voit les cellules pavimenteuses remplacer les cellules cylindriques à cils vibratiles lors de la cicatrisation.

M. West (1) a vu chez une femme qui mourut de péritonite, l'utérus dilaté avec une tumeur fibreuse à sa partie postérieure. La cavité agrandie contenait une once de pus, et la muqueuse présentait exactement l'apparence d'un beau velours rouge.

Nous ferons remarquer que cette coloration uniforme est exceptionnelle, la rougeur n'occupe en général que des points limités de la muqueuse.

Ordinairement la muqueuse du col présente aussi un certain degré d'altération dû à la propagation de l'inflammation. Le col est en général un

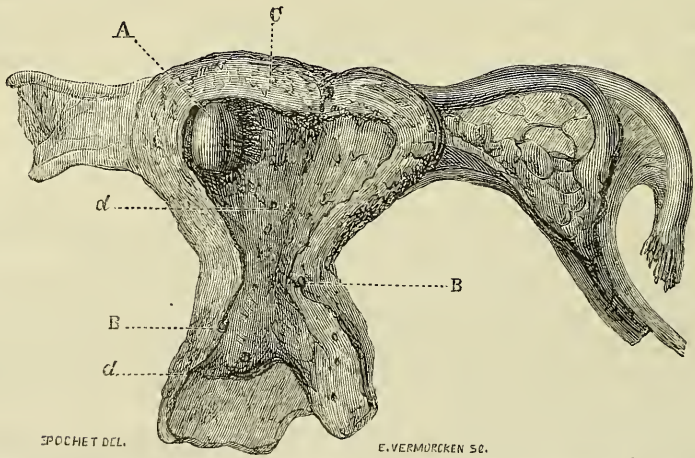


Fig. 65. — Végétation et lésions inflammatoires de la muqueuse utérine, dessinées d'après nature par M. Rosapelly (*).

peu dilaté et l'orifice utérin est ordinairement plus large qu'à l'état normal. Mais quelquefois il est oblitéré par de petites tumeurs sessiles ou polypiformes qui déterminent dans la cavité utérine une rétention des

(1) West, *Leçons sur les mal. des femmes*. Trad. française, 1870, p. 137.

(*) A, tumeur sessile framboisée siégeant sur la muqueuse, près de l'orifice de la trompe. — B,B, petites glandes du col tuméfiées et ayant le volume d'un grain de millet. — C, ecchymoses sous-muqueuses. — *d*,*d*, orifices glandulaires dilatés. (Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*.)

produits de sécrétion. Ces petites tumeurs appartiennent surtout à la forme chronique de l'inflammation. Nous allons voir bientôt leur mode de production.

2° *Fongosités et polypes muqueux intra-utérin.*

La première forme que nous avons étudiée caractérise principalement la forme aiguë. La forme chronique est au contraire caractérisée par la production de *granulations* ou *fongosités intra-utérines* sur lesquelles Récamier a le premier attiré l'attention des médecins.

Ces granulations sont des espèces de végétations de la muqueuse utérine, *sessiles* ou *pédiculées;* les premières sont molles, rouges, très-vasculaires saignant au moindre contact, ressemblant à des débris de placenta. Leur surface irrégulière mamelonnée ressemble assez bien à une framboise (fig. 65).

Peu adhérentes au tissu sous-jacent, elles s'en détachent facilement par un simple grattage, et au-dessous on trouve le tissu musculaire mis à nu.

Les secondes sont pédiculées, forment de véritables polypes très-petits dont le volume ne dépasse pas celui d'un pois. La longueur du pédicule est très-variable, ainsi que le montrent les figures 66, 67 et 68.

Elles sont ordinairement blanchâtres et assez résistantes;

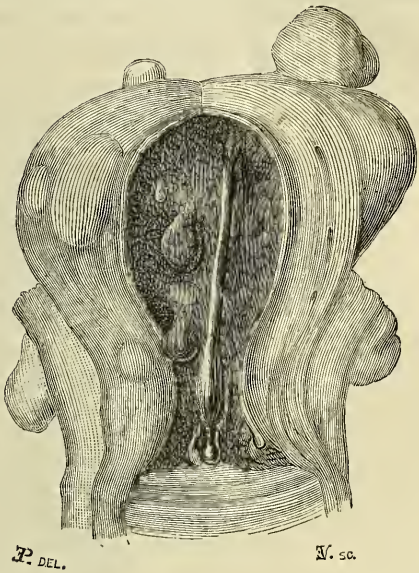


Fig. 66. — Lésions de la métrite chronique. — Végétations pédiculées de la cavité utérine. — Polypes muqueux intra-utérins (*).

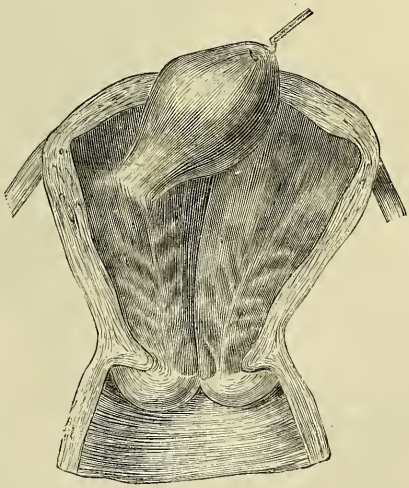


Fig. 67. — Polype muqueux intra-utérin (**).

(*) Figure empruntée à l'atlas inédit de M. Huguier *in* Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.*

(**) Utérus très-développé, fortement injecté, d'un tissu très-mou, contenant dans sa cavité une tumeur fibro-celluleuse adhérente par une membrane mince; le col, très-long, était d'un blanc violacé (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XVIII, fig. 4).

souvent cependant elles sont rouges et vasculaires comme les tumeurs sessiles. Ces productions portent le nom de *polypes muqueux* de l'utérus.

Ces granulations, qu'elles soient sessiles ou pédiculées, sont regardées généralement aujourd'hui comme étant des produits inflammatoires.

Au point de vue histologique, on sait qu'elles résultent d'une hypertrophie de la muqueuse utérine, seulement les éléments qui entrent dans

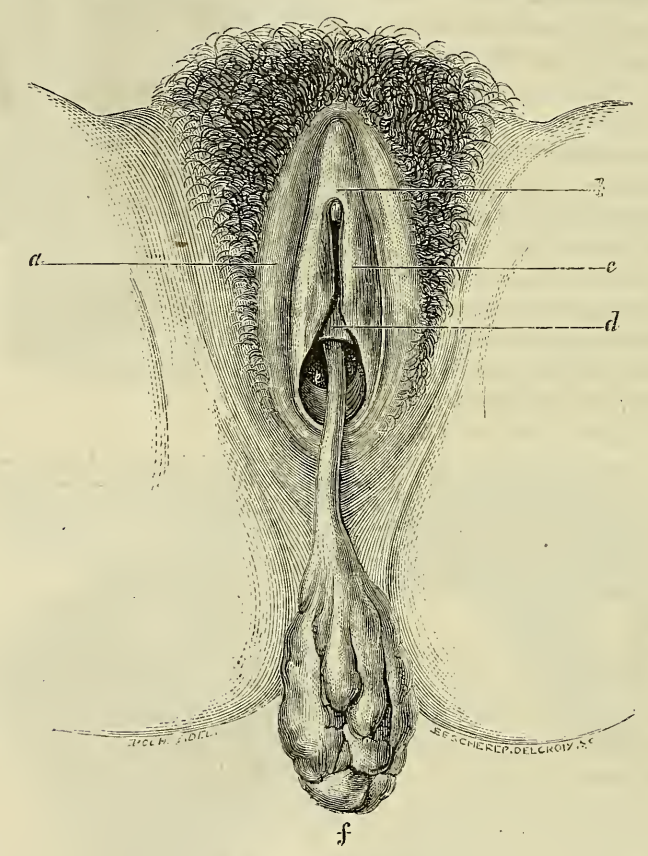


Fig. 68. — Polype à pendule (*).

leur composition ne sont pas associés dans les mêmes proportions que dans la muqueuse.

Les tumeurs sessiles et pédiculées sont constituées des mêmes éléments; mais tandis que les tumeurs sessiles renferment une grande quantité de matière amorphe et des vaisseaux capillaires nombreux qui expliquent leur friabilité et les hémorrhagies dont elles sont le siége, les tumeurs pédiculées, au contraire, renferment moins de vaisseaux, mais une plus

(*) *a*, grandes lèvres. — *b*, clitoris. — *c*, petites lèvres. — *d*, bord antérieur de l'orifice du vagin. — *e*, segment de l'hymen. — *f*, corps du polype (Boivin et Dugès).

grande quantité de fibres de tissu conjonctif, d'où leur densité plus grande.

Outre les lésions précédentes, on observe une augmentation de volume de la cavité utérine, principalement dans les cas chroniques, à cause de l'extension de la phlegmasie au parenchyme (fig. 69).

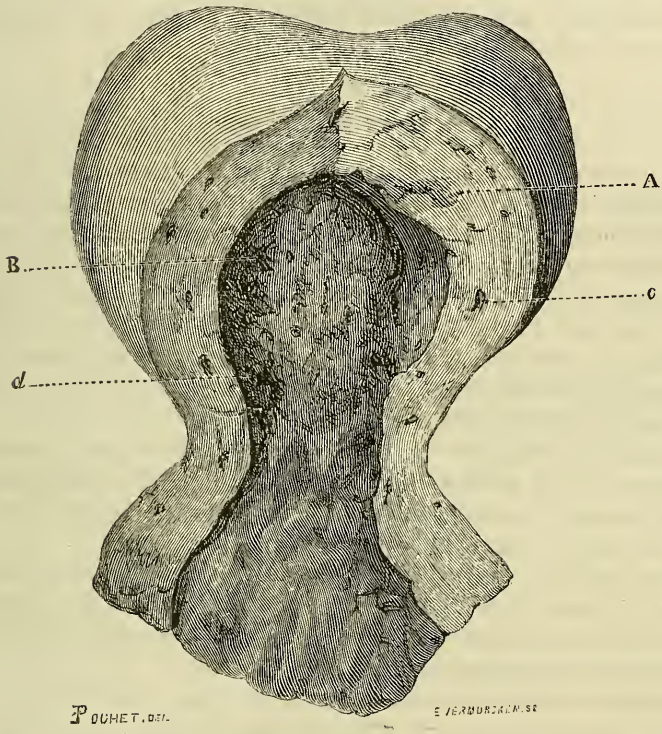


Fig. 69. Lésions de la métrite hémorrhagique dessinées d'après nature par M. Hemey (*).

Cette cavité contient du sang et des mucosités purulentes. Si l'on soumet le liquide à l'examen microscopique, on y trouve des globules purulents, des globules sanguins et des cellules pavimenteuses nageant dans un liquide transparent plus ou moins rosé. La présence de l'épithélium pavimenteux n'a rien qui doive ici nous surprendre, car nous savons que lorsque la cicatrisation de la muqueuse se produit, cet épithélium remplace l'épithélium à cils vibratiles qui existe sur la muqueuse à l'état normal.

Quelquefois ce liquide s'accumule dans la cavité, d'autres fois il se décompose et peut prendre une odeur fétide et donner lieu à la production

(*) A, coupe de la face antérieure de la paroi utérine. — B, ecchymoses. — C, ouvertures béantes des sinus utérins sur la coupe de la paroi. — *d*, vacuoles existant sur la muqueuse et correspondant à des ouvertures glandulaires dilatées. (Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*.

de gaz, d'où la production des états que l'on a appelés *hydrométrie*, dans le cas de rétention de liquide, et de *physométrie*, quand il y a accumulation de gaz.

Quant aux lésions de la muqueuse du col qui se rencontrent quelquefois alors, nous n'en parlerons pas en ce moment, nous réservant de faire cette étude quand nous étudierons la métrite chronique, dans laquelle on les rencontre principalement.

§ II. — Symptômes.

Le symptôme le plus fréquent, qui manque rarement dans la métrite muqueuse, c'est la *métrorrhagie;* ce qui a fait donner par certains auteurs le nom de *métrite hémorrhagique* à cette maladie. La métrorrhagie est d'après Bennett un signe presque aussi caractéristique de la métrite interne, que les crachats sanglants le sont de la pneumonie. La métrite hémorrhagique n'est pour M. Gallard qu'une des phases de la métrite interne ou muqueuse. La métrorrhagie se produit en général au moment des époques menstruelles qui deviennent plus longues et plus abondantes. Ordinairement ces époques avancent et durent 8 à 10 jours.

Entre les époques, il se fait un écoulement jaunâtre; cet écoulement, qui provient de la cavité utérine et que pour cela on a appelé *leucorrhée utérine*, présente souvent une coloration rosée due à la présence d'une certaine quantité de sang.

Si l'on pratique le cathétérisme, on voit que la sonde pénètre plus facilement qu'à l'état normal, et qu'elle peut pénétrer à 7 ou 8 centimètres ; ce qui indique une certaine dilatation de la cavité utérine. La sonde es ordinairement ramenée teinte de sang.

Le toucher révèle en général une légère augmentation du volume du col et du corps de l'utérus. Si l'on comprime ce corps entre le doigt vaginal et la main placée sur la région hypogastrique, on produit une légère douleur. L'utérus est mobile, et les tissus péri-utérins sont souples.

L'augmentation de volume du corps de l'utérus témoigne déjà d'une certaine extension de l'inflammation au parenchyme utérin; nous devons remarquer en effet que très-vite cette complication se produit, et c'est faute d'avoir constaté ce point de départ de l'inflammation, qu'un grand nombre d'auteurs ont rejeté l'existence de la métrite muqueuse à l'état isolé.

L'examen au spéculum révèle en général une dilatation de l'orifice du col, et très-souvent aussi l'existence d'une ulcération au pourtour de cet orifice, qui témoigne de la propagation de l'inflammation à la muqueuse du col. Mais le col peut aussi être sain; cela s'observe surtout dans la métrite muqueuse aiguë, dans laquelle l'inflammation reste assez souvent limitée à la muqueuse du corps.

Les symptômes généraux sont en général assez peu marqués. Il existe

un léger mouvement fébrile qui dans quelques cas est à peine sensible; on observe un peu de lassitude, une légère douleur hypogastrique s'irradiant vers les régions lombaires, le sacrum et les cuisses. Mais tous ces symptômes peuvent manquer, et la maladie débute d'emblée par une métrorrhagie.

§ III. — Causes.

L'âge agit comme cause prédisposante ; cette maladie se rencontre surtout dans la période d'activité sexuelle de la femme, c'est-à-dire entre 15 et 45 ans.

Certaines causes agissent plus directement ; ainsi les cautérisations intempestives, le cathétérisme, la dilatation du col à l'aide de l'éponge préparée, l'introduction du redresseur intra-utérin.

L'action du froid humide paraît dans certains cas favoriser le développement de la métrite interne.

Parmi les causes qui agissent encore d'une façon évidente, il faut citer l'accouchement, l'avortement. Les accouchements nombreux dans un espace de temps assez court paraissent surtout avoir une grande influence, principalement quand les femmes n'ont pas le soin de séjourner au lit un temps suffisamment prolongé après la délivrance.

Le développement de la métrite muqueuse aiguë tient dans ces cas à ce que la plaie produite par le décollement du placenta ne se cicatrise pas bien et subit un certain degré d'inflammation.

Quant à l'abus des plaisirs vénériens, M. Gallard pense qu'ils produisent bien plutôt la métrite parenchymateuse, et que si l'on voit se développer à leur suite la métrite muqueuse, comme on en cite des exemples chez des femmes nouvellement mariées, cela tient bien plutôt aux avortements qui sont la conséquence des excès de coït (1).

L'avortement provoqué est encore bien plus souvent cause de métrite que l'avortement survenu spontanément.

La métrite muqueuse résulte encore de l'extension de l'inflammation de la muqueuse vaginale, par exemple, à la muqueuse utérine et surtout à celle du col ; d'autres fois, l'inflammation a son point de départ dans les tissus péri-utérins, mais alors il est rare que l'inflammation envahisse aussi la muqueuse sans qu'il y ait en même temps métrite parenchymateuse.

Quant aux coups portés sur l'utérus, les pessaires vaginaux, la constipation, les tumeurs situées en dehors de l'utérus, ils provoqueront bien plutôt une métrite parenchymateuse aiguë ou chronique.

On a encore accusé de pouvoir produire la métrite interne, les désirs vénériens non satisfaits, le célibat, la suppression d'un exutoire, de la

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les mal. des femmes*. 1873, p. 222.

transpiration cutanée, d'une hémorrhagie habituelle, les émotions morales vives, les chagrins prolongés, mais ces causes que l'on invoque à tout instant, non-seulement pour la métrite, mais pour beaucoup d'autres maladies paraissent n'avoir qu'une influence bien peu considérable.

§ IV. — Diagnostic.

La métrite muqueuse doit être distinguée de la métrite parenchymateuse, des tumeurs fibreuses, des phlegmasies péri-utérines, de l'hématocèle, du cancer, de la vaginite et de l'avortement.

Dans la métrite parenchymateuse on observe ordinairement une diminution dans la quantité de l'écoulement sanguin à l'époque des règles, des retards, ou même l'absence complète d'écoulement menstruel, tandis que dans la métrite muqueuse l'écoulement est plus abondant, les règles plus rapprochées; il existe de la leucorrhée dans l'intervalle des époques et souvent aussi un léger suintement sanguin.

Les tumeurs fibreuses qui présentent aussi des hémorrhagies, se reconnaissent par la présence d'une tumeur faisant corps avec l'utérus, et faisant saillie dans l'intérieur de la cavité utérine. Dans ces cas, l'hystéromètre pénètre quelquefois à 10 ou 12 centimètres, ce qui n'a jamais lieu dans la métrite, où la dilatation de l'utérus n'est jamais aussi considérable; ou bien il est arrêté brusquement à 4 ou 5 centimètres par la présence de la tumeur. Les tumeurs fibreuses faisant saillie dans la cavité utérine seront encore diagnostiquées en prenant soin de dilater le col à l'aide de l'éponge préparée, afin de pouvoir faire pénétrer le doigt dans la cavité utérine. Dans ce cas, le diagnostic doit être fait avec grand soin, car on sait que les tumeurs fibreuses qui font saillie du côté de la cavité utérine s'accompagnent le plus souvent d'une inflammation de la muqueuse. Il faut dès lors éviter de diriger un traitement uniquement contre la métrite interne et tenir compte de la tumeur concomitante.

Les phlegmasies situées au voisinage de l'utérus se reconnaîtront par le toucher, qui permet de constater une tumeur douloureuse, résistante, animée de battements, et par l'existence de symptômes généraux bien plus marqués.

L'hématocèle se reconnaît aussi par le toucher, qui permet de reconnaître une tumeur, et par un début ordinairement brusque, au moment d'une époque menstruelle.

Le cancer se reconnaît à l'aide du toucher, qui révèle sur le col des bosselures, des productions végétantes, quelquefois une destruction complète de ce col et l'extension de la maladie aux tissus périphériques, ou à la vessie et au rectum. De plus, il se produit dans cette maladie un écoulement à odeur caractéristique.

Quant à la vaginite qui, comme la métrite muqueuse, s'accompagne de

leucorrhée, l'examen au spéculum suffira pour lever tous les doutes; mais il ne faut pas oublier que l'inflammation peut s'étendre du vagin à la muqueuse utérine et que dans ce cas, aux caractères propres à la vaginite viendront se joindre ceux de la métrite muqueuse aiguë.

Enfin, on doit distinguer l'écoulement sanguin dû à la métrite muqueuse, de celui qui survient à la suite d'un avortement.

Dans l'avortement, l'écoulement sanguin survient ordinairement en dehors de l'époque menstruelle et le plus souvent après un retard de plusieurs jours ou de plusieurs semaines; on retrouve ordinairement des débris de la caduque, et la métrorrhagie ne se reproduit pas à l'époque suivante.

§ V. — Pronostic. — Marche. — Durée. — Terminaisons.

Le pronostic de cette maladie n'est pas grave, en ce sens qu'elle ne se termine pas en général par la mort, mais la métrite muqueuse aiguë a une tendance très-marquée à passer à l'état chronique et, dès lors, la maladie se perpétue souvent pendant des mois et des années. Les congestions qui se produisent à l'époque des règles ravivent la maladie, et l'inflammation, passant à l'état chronique, envahit très-vite le parenchyme. Quand cet état chronique est constitué, la malade devient anémique et est impropre à se livrer à aucune occupation sérieuse.

Dans certains cas, cependant, on voit la maladie se terminer spontanément, mais ces faits sont rares et ne doivent pas trop nous encourager à l'inaction.

§ VI. — Traitement.

Le traitement varie suivant que l'on a affaire à la métrite muqueuse aiguë ou chronique.

Dans le premier cas, on devra avant tout conseiller le repos, puis on aura recours aux antiphlogistiques, surtout si la maladie s'accompagne de métrite parenchymateuse; on pourra appliquer des sangsues à l'hypogastre ou des ventouses scarifiées. Les sangsues, appliquées sur le col, sont particulièrement utiles à cause de l'action plus directe sur l'organe malade, de la perte sanguine moins considérable qu'elles entraînent et qui ne détermine pas les troubles anémiques des déplétions sanguines plus générales.

Les purgatifs légers pour déterminer une légère révulsion du côté du tube digestif, doivent être employés.

On aura aussi recours aux cataplasmes émollients, aux grands bains, aux injections émollientes, aux lavements laudanisés, à l'opium, à l'intérieur.

On peut encore appliquer un vésicatoire sur l'hypogastre, faire en ce

point des frictions d'huile de croton tiglium ou des badigeonnages de teinture d'iode, dans le but de produire une certaine révulsion du côté de la peau.

Quant à la métrorrhagie qui est le symptôme principal de la maladie, nous avons déjà vu la plupart des moyens que l'on peut employer contre elle dans le chapitre qui lui est consacré à un point de vue général. Nous rappellerons ici quelques-uns de ces moyens et ceux surtout qui doivent être employés dans la métrorrhagie liée à la métrite interne.

L'eau froide sera employée en injections longtemps prolongées, et principalement en irrigations continues à l'aide de l'appareil que nous avons indiqué (fig. 64), afin d'éviter les réactions qui suivent l'usage trop peu prolongé de l'eau froide.

On aura recours aux bains de siége froids, à courant continu, pendant un temps qui variera de trois à quinze minutes, suivant la susceptibilité des sujets.

Quant à l'emploi du seigle ergoté et de l'ergotine, M. Gallard pense que ce médicament n'est guère utile dans la métrorrhagie dépendant d'une métrite aiguë, à cause des contractions qu'il sollicite dans les fibres musculaires de l'utérus et qui produisent des froissements de la muqueuse, plus nuisibles qu'utiles.

A côté du seigle ergoté, nous devons mentionner le sulfate de quinine, qui a été expérimenté à l'Hôtel-Dieu, par M. Noël Guéneau de Mussy, et qui a fait le sujet d'une excellente thèse du docteur Bartharez (1). Ce médicament, d'après cet auteur, paraît agir de la même façon que le seigle ergoté, en sollicitant la contraction des fibres musculaires vaso-motrices et des fibres propres de l'utérus.

La métrorrhagie est efficacement combattue par l'emploi de la digitale qui, suivant M. Gallard, agit aussi bien sur l'élément inflammatoire, que sur la métrorrhagie, en produisant un certain degré de ralentissement de la circulation qui diminue la congestion de l'utérus.

Le traitement précédent s'applique principalement aux symptômes de la maladie; nous devons maintenant signaler les moyens locaux que l'on doit employer contre l'altération de la muqueuse.

Nous savons que les lésions que l'on observe, sont de deux espèces : soit un simple ramollissement de la muqueuse avec ulcération, soit la production de fongosités.

Récamier avait eu l'idée de détruire les fongosités à l'aide d'une curette qu'il inventa à cet effet (fig. 70). Le raclage de la cavité utérine, tombé bientôt dans un juste oubli, fut plus tard réhabilité par Robert, Trousseau, Maisonneuve, Nélaton et Nonat; mais, malgré l'autorité de ces noms, cette méthode de traitement n'est point employée d'une manière générale

(1) J. Bartharez, *Du traitement des hémorrhagies utérines par le sulfate de quinine*, thèse. Paris, 1872.

et ne peut passer dans la pratique journalière de la médecine à cause des craintes qu'elle inspire à juste titre. Le raclage de la cavité utérine peut en effet donner lieu à des accidents sérieux et même mortels, par

Fig. 70. — Curette de Récamier.

suite de la perforation de la matrice ou du développement d'une métrite aiguë qui se propage au péritoine; ainsi Aran cite trois cas de mort à la suite de cette opération.

La perforation de la matrice n'a dailleurs rien qui doive nous surprendre, si l'on se rappelle que la métrite muqueuse chronique s'accompagne le plus souvent d'un ramollissement du parenchyme utérin et d'un amincissement des parois de l'utérus, dû à la métrite parenchymateuse concomitante.

Néanmoins, ce moyen a parfois été suivi de guérison, à cause de l'inflammation substitutive qui se développe à la suite du raclage de la muqueuse. Il nous est possible de faire naître cette inflammation par des moyens moins dangereux et dont l'action est tout aussi efficace, je veux parler de l'usage de certains caustiques liquides que l'on porte dans la cavité utérine sous forme d'injections et que l'on peut employer aussi bien dans les cas d'ulcérations de la muqueuse que dans ceux où il existe des fongosités.

Ces injections, qui ont été employées par M. Guyon (1) en 1859, et préconisées depuis par MM. Guichard (2) et Gallard (3) comme les préexposant à très-peu de dangers, pourvu toutefois qu'on ait soin de prendre cautions qu'ils indiquent, sont au contraire regardées par d'autres comme pouvant donner naissance à des accidents redoutables.

Pour ma part, j'ai vu pratiquer, lorsque j'étais interne dans le service de M. Gallard, un assez grand nombre de ces injections, avec une solution de nitrate d'argent au quart, de la teinture d'iode pure, ou du perchlorure de fer à 30°. De mon côté j'ai pratiqué plusieurs fois des injections avec des solutions de nitrate d'argent et de perchlorure de fer, et jamais je n'ai vu survenir le moindre accident. Il se produit, il est vrai, dans quelques cas une douleur assez vive au moment de l'injection; mais elle disparaît en général après une heure ou deux ou au plus tard le lendemain.

(1) Guyon, *Étude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité* (*Journal de physiologie*, vol. II, p. 413. 1859).

(2) Guichard, *Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral*, thèse. 1870.

(3) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 1873, p. 243 et suivantes.

M. Guichard a démontré que les accidents consécutifs à leur emploi sont des phénomènes généraux d'ordre réflexe ou des phénomènes inflammatoires locaux.

Ce qui a fait rejeter par un grand nombre de médecins l'usage des injections intra-utérines, c'est la crainte du passage du liquide dans la cavité péritonéale par l'orifice des trompes; mais les expériences de M. Fontaine (1) et plus récemment celles de M. Guichard ont démontré que ces craintes n'étaient pas fondées, pourvu toutefois qu'on ait soin de ne pas pousser le liquide avec trop de violence, afin de ne pas distendre la cavité utérine, et que le liquide puisse refluer facilement par le col avant que la distension ait pu se produire.

On a ainsi injecté les liquides les plus divers, tels que solutions de tannin, d'alun, de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, de persulfate de fer, la glycérine, etc.

Les liquides employés le plus souvent par M. Gallard sont l'eau tiède, la teinture d'iode pure, une solution au quart d'azotate d'argent et le perchlorure de fer à 30°.

Cet auteur procède de la façon suivante : (2) « J'emploie ordinairement, dit-il, une sonde en gomme élastique marquant le n° 10 à la filière Charrière ; son volume est le même que l'extrémité olivaire de l'hystéromètre de Huguier et Simpson, et son diamètre qui est de trois millimètres et un tiers est inférieur à celui de l'orifice interne de l'utérus qui à l'état normal est de quatre millimètres. — Je découvre le col au moyen du spéculum bivalve, afin de pouvoir introduire dans l'orifice du col utérin la sonde préalablement huilée; puis, me servant d'une pince à pansement à très-longues branches, je la pousse graduellement jusqu'au fond de la cavité utérine. La sonde pénètre ainsi de 5 à 7 centimètres, suivant les cas ; l'hystéromètre m'a renseigné auparavant sur la profondeur de la cavité utérine; j'ajuste alors la canule de ma seringue à injections dans le pavillon de la sonde, je pousse le liquide de manière à ce qu'il ne s'échappe qu'en bavant des orifices de la sonde. — Le liquide à injecter doit avoir à peu près la même température que celle du corps, car s'il était trop chaud ou trop froid, il pourrait être nuisible et déterminer des coliques assez vives. — La quantité injectée a varié entre quelques centigrammes et 4 grammes, suivant la nature du liquide employé et suivant la capacité de la cavité utérine ; encore faut-il tenir compte dans cette évaluation de la capacité de la sonde qui est de 70 centigrammes en moyenne.

« Je fais toujours précéder l'injection médicamenteuse d'une injection d'eau pure, tiède, qui a le double avantage et de me permettre, grâce à la graduation de ma seringue, de mesurer la capacité de la cavité uté-

(1) Fontaine, *Recherches sur les injections utérines après l'accouchement*, thèse.
(2) Gallard, *Leç. clin. sur les mal. des femmes*. 1873, p. 217.

rine, et de la nettoyer en l a débarrassant des mucosités qui l'obstruent. »

L'auteur dont nous venons de parler se sert à dessein d'une sonde flexible, qui ne heurte pas les parois de la matrice, qui ne met pas en jeu sa contractilité et qui suit mieux qu'une sonde rigide les sinuosités que peut présenter le col utérin. Dans les cas ordinaires, quand le col est largement ouvert, quand l'orifice interne est dilaté, comme cela a lieu ordinairement dans cette inflammation et lorsqu'il n'existe pas de courbure anormale de l'utérus, il n'y aurait pas d'inconvénients à employer une sonde rigide, dont l'introduction se ferait avec les mêmes précautions que l'hystéromètre.

J'ai fait construire, suivant le modèle adopté par M. Gallard, une seringue graduée (fig. 71) munie d'une canule conique destinée à s'adapter sur une sonde flexible. J'ai ajouté à l'appareil une sonde rigide pouvant remplacer dans quelques cas la sonde flexible. Cette sonde présente une courbure analogue à celle de l'hystéromètre de M. Huguier; elle présente un diamètre de deux millimètres dans toute sa longueur, excepté à son extrémité libre, qui est légèrement renflée. Le diamètre de cette sonde comparé à celui de l'orifice interne qui est de 4 millimètres, nous montre que le liquide pourra facilement refluer au pourtour de la sonde.

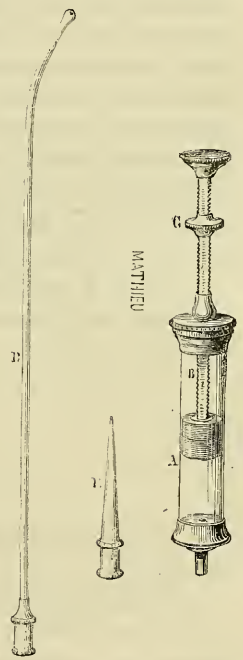


Fig. 71. — Seringue à injections intra-utérines (*).

Nous admettrons donc, contrairement à l'opinion d'auteurs très-recommandables, que les injections intra-utérines n'exposent pas aux dangers qu'on a bien voulu leur attribuer.

Nous devons maintenant nous demander à quel moment de la maladie elles doivent être employées, et quelles en sont les contre-indications ?

On devra éviter d'y recourir pendant la période aiguë, car il pourrait se faire que la cautérisation déterminât une acuité telle de la maladie, qu'il en résultât un véritable danger. C'est au moment où la période aiguë a en partie disparu et dans les cas chroniques, qu'elles pourront être employées sans crainte.

En outre, s'il existe quelques complications inflammatoires du côté des ligaments larges de l'ovaire ou du péritoine pelvien, il faudra être très-réservé dans leur emploi.

(*) A. Corps de pompe, contenant 4 grammes de liquide. — B. Tige graduée munie d'un curseur C, destinée à injecter la quantité de liquide déterminée à l'avance. — D. Sonde creuse, E canule conique destinée à s'adapter sur des sondes flexibles de calibres différents.

L'injection devra être faite de préférence entre les époques menstruelles, à cause du calme relatif dans lequel se trouve l'utérus; néanmoins une hémorrhagie qui dure depuis plusieurs jours, de façon à entraîner un état chloro-anémique très-préjudiciable à la malade, loin d'être une contre-indication, réclame l'emploi d'une injection de perchlorure de fer qui le plus souvent arrête la métrorrhagie et produit en même temps une cautérisation utile de la muqueuse.

Certains auteurs, redoutant les dangers des injections intra-utérines, portent simplement la solution caustique à l'aide d'un pinceau imbibé de cette solution. M. Nonat emploie alors un tube qui permet d'introduire le pinceau jusque dans la cavité utérine sans toucher le col de l'utérus. On a encore employé dans le même but les caustiques solides; on a ainsi introduit dans la cavité utérine un crayon de nitrate d'argent qu'on laissait à demeure. — Mais ce corps solide a l'inconvénient de solliciter dans les fibres musculaires de l'organe des contractions très-douloureuses qui sont bien plus pénibles pour la malade que la douleur qui se produit à la suite des injections intra-utérines. De plus, M. Guichard a démontré qu'un crayon de nitrate d'argent introduit dans la cavité utérine ne peut toucher que sa partie médiane, et qu'il est impossible de lui faire atteindre les angles supérieurs, au niveau desquels se trouvent le plus souvent les productions qu'il s'agit de détruire.

On a encore porté dans l'utérus des caustiques solides à l'aide du porte-caustique de Lallemand, mais dans ce cas l'action du caustique est encore plus limitée.]]

ARTICLE II

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE AIGUE.

[[La métrite parenchymateuse est l'inflammation du parenchyme utérin.

La métrite parenchymateuse est *aiguë* ou *chronique*.

La forme aiguë est la seule que nous voyons se développer à l'état isolé, c'est-à-dire indépendamment de l'inflammation de la muqueuse ; mais pour peu qu'elle subsiste un certain temps, elle s'accompagne souvent de lésions de la muqueuse et principalement de celles du col.

Dans l'exposé qui va suivre nous aurons seulement en vue la métrite parenchymateuse aiguë; nous nous réservons de décrire séparément la métrite parenchymateuse chronique dans le chapitre que nous consacrerons à la *métrite chronique*.

La métrite parenchymateuse aiguë, bien que rare, ne peut cependant être mise en doute, nous ne diviserons pas cette phlegmasie en métrite du col et métrite du corps, cette division ne saurait être admise, la phlegmasie ne se limite pas en effet à l'une ou à l'autre de ces parties. Il est vrai

de dire cependant que l'augmentation de volume est plus marquée dans certains points de la matrice, surtout dans les parties déclives comme le col, mais ces différences sont dues à ce que la gêne de la circulation détermine en ces points des troubles de la nutrition plus marqués qui aboutissent à une augmentation de volume plus grande.

Nous avons vu précédemment que la muqueuse s'enflammait assez souvent isolément ; au contraire, la métrite parenchymateuse sans inflammation de la muqueuse ou du péritoine circonvoisin est rare surtout à l'état aigu, et cela à cause de la connexion intime qui existe entre ce parenchyme, la membrane muqueuse et le péritoine.

Mais, bien que rare, elle n'en existe pas moins réellement, comme le prouve l'observation suivante que nous résumons (1) :

Observation. Madame X..., âgée de 29 ans, d'une constitution moyenne, présentant les attributs du tempérament bilioso-sanguin, est entrée à l'hôpital de la Pitié dans la salle Sainte-Marthe. Depuis huit jours elle ressent des douleurs à la région hypogastrique, avec irradiations à la partie interne des cuisses. — Il y a 18 jours les règles se sont montrées pendant 6 jours, après un retard de deux mois et n'ont pas été plus abondantes que d'habitude. Le lendemain du jour où elles cessèrent de couler, la malade fut prise de lassitude, de douleurs hypogastriques avec frissons, fièvre et vomissements bilieux. Le ventre devint tendu et sensible à la pression; trois jours avant son entrée à l'hôpital, la douleur s'irradiait à la région lombaire et aux cuisses et produisait une certaine dysurie. La malade était en proie à l'agitation et à l'insomnie.

Le jour de son entrée elle avait une fièvre modérée, le pouls battait 76 pulsations ; la peau était modérément chaude, la palpation hypogastrique était douloureuse, la main appliquée sur cette région y constatait une augmentation sensible de la température. Par la percussion on constatait une matité de deux travers de doigt au-dessus du pubis ; il y avait un écoulement muqueux vaginal peu abondant.

Au toucher vaginal on trouvait le col de l'utérus bas, gros, chaud, douloureux à la pression ; les tissus voisins étaient souples et indolents, sans empâtement. On ne sentait pas d'ulcérations, mais des inégalités à l'orifice du col, qui était assez largement entr'ouvert pour admettre l'extrémité du doigt. — Notons que la malade a eu trois enfants.

Par le toucher rectal, on reconnaissait que les parois du vagin étaient souples, ainsi que les tissus péri-utérins tandis que le corps de l'utérus était volumineux. Par la palpation abdominale unie au toucher vaginal, on saisissait le corps de l'utérus volumineux, entre les deux mains, et on le trouvait incliné en avant et à droite. Le toucher pratiqué la femme debout confirmait tous les signes précédents.

Le spéculum n'a pas été appliqué, il ne pouvait renseigner que sur la coloration du col, et cette exploration eût développé de la douleur sans fournir de renseignements utiles.

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 1873, p. 155.

Une tisane rafraîchissante fut prescrite ainsi qu'un bain, des cataplasmes, des injections laudanisés, des bouillons et des potages, et comme après 48 heures, il n'y avait pas d'amélioration, il fut prescrit d'appliquer six sangsues sur le col.

§ I. — Anatomie pathologique.

Les lésions que l'on observe dans la métrite parenchymateuse aiguë, sont la tuméfaction, la rougeur, la vascularisation du tissu utérin et quelquefois son ramollissement.

La suppuration du tissu utérin est un fait rare, Scanzoni cite bien un cas d'abcès développé dans les parois de l'utérus et qui s'est ouvert à la région antérieure de l'abdomen, et Bird (1) a rapporté un exemple d'abcès de la paroi postérieure ouvert dans le rectum ; mais ces faits sont tout à fait exceptionnels.

Dans les cas où l'on a noté cette suppuration, M. Gallard pense que le pus était à l'intérieur des veines ou des lymphatiques et non pas réuni en abcès, formé aux dépens de la substance même de l'organe.

Nous trouvons du reste dans une excellente thèse du docteur Just Lucas Championnière la confirmation de cette manière de voir (2). « Après l'examen d'un grand nombre de faits, dit-il, je conclurai volontiers avec M. Bernutz, que les descriptions d'abcès utérins peuvent être rapportées à des collections vasculaires purulentes, et j'ajouterai que ces collections se font dans les lymphatiques, ainsi que M. Duplay l'avait déjà remarqué. Sans repousser *à priori*, la possibilité d'abcès du muscle utérin, on peut dire qu'elle n'a pas été démontrée. »

Notons que les faits sur lesquels s'appuie cet auteur ont été observés sur des femmes mortes à la suite de l'accouchement, et que s'il en est ainsi dans les cas où l'inflammation se produit avec le plus d'acuité, à plus forte raison il devra en être de même dans le cas de métrite parenchymateuse simple.

Il est rare, avons nous dit, que l'inflammation reste isolée au parenchyme, aussi voit-on souvent survenir l'inflammation de la muqueuse du col, qui se couvre d'ulcérations. La muqueuse du col est en général la première atteinte à cause de son adhérence intime au tissu sous-jacent. Cependant il n'est pas rare de voir la muqueuse du corps participer aussi à l'inflammation. Ordinairement l'augmentation de volume et la rougeur portent sur la totalité de la matrice et l'on n'observe point ces inflammations partielles admises par Lisfranc, Boivin et Dugès.

(1) Bird, *The Lancet*. 1843.
(2) Just-Lucas Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*, thèse, 1870, p. 25.

§ II. — Causes.

L'âge paraît être une cause prédisposante; cette maladie se développe en effet pendant toute la période d'activité sexuelle de la femme. On l'observe aussi fréquemment chez les jeunes filles au moment des premières menstruations, même en dehors de tout rapprochement sexuel. Lorsque la maladie se développe à cette époque, on la décrit sous le nom de *métrite virginale.*

Le tempérament paraît aussi avoir une certaine influence, elle se développe surtout chez les femmes robustes, à tempérament sanguin.

On a admis que les excitations des organes génitaux, la masturbation principalement, avaient une certaine part dans le développement de la maladie; il en serait de même de la phthisie pulmonaire, chez les filles vierges.

Quant aux affections cardiaques, par suite de la gêne de la circulation, elles peuvent être considérées comme capables de déterminer la maladie.

Citons encore, comme causes vraiment efficaces, le traumatisme de l'utérus à la suite des excès de coït ou des tentatives d'avortement.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont locaux ou généraux. Les symptômes généraux sont ordinairement bien marqués. Le plus souvent on observe un mouvement fébrile assez intense, la perte de l'appétit, une sensation de courbature, une soif assez vive.

Les symptômes locaux sont une douleur vers la région hypogastrique, une sensation de poids considérable vers la vessie et l'anus. La douleur s'irradie vers la région lombaire, vers le sacrum et vers la partie supérieure et interne des cuisses. Le ventre est un peu tuméfié. Il existe une élévation sensible de la température vers la région hypogastrique.

Le toucher produit de la douleur, dès que l'on presse sur le col ou sur le corps de l'organe. Cette douleur est très-considérable, si l'on vient à comprimer l'utérus entre le doigt vaginal et la main placée sur l'hypogastre. Le col est un peu entr'ouvert.

Quelquefois, il existe une sensation de prurit à la vulve. On a vu aussi survenir parfois, une augmentation de volume et de la douleur du côté des seins. On a observé aussi des nausées, mais rarement des vomissements.

La compression de la vessie ou du rectum par l'utérus devenu plus volumineux, détermine des envies fréquentes d'uriner ou de la constipation. Dans certains cas, l'inflammation venant à se propager à la vessie ou au rectum, il se manifeste de la dysurie, de la diarrhée ou du ténesme.

M. Gallard admet qu'en général les règles se suppriment dans la métrite

parenchymateuse. Cependant il est des cas où la métrorrhagie dépend bien réellement de cette inflammation, mais ces hémorrhagies sont, d'après cet auteur, bien plutôt un symptôme de la métrite interne ou muqueuse.

L'examen au spéculum révèle assez souvent des ulcérations de la muqueuse du col, résultant de la propagation de l'inflammation à cette membrane. Ces ulcérations peuvent cependant faire défaut, et l'on constate seulement alors une augmentation du volume du col et une coloration foncée de la muqueuse.

Les symptômes de la *métrite virginale* diffèrent par une acuité plus grande; les douleurs sont plus vives, la fièvre est plus intense et il survient de l'aménorrhée ou une dysménorrhée souvent très-douloureuse.

Quant à la métrite *postpuerpérale* qu'il ne faut pas confondre avec la métrite puerpérale et qui survient quinze ou vingt jours après l'accouchement, chez des femmes qui se sont levées trop tôt ou se sont livrées au coït avant que l'involution de l'utérus ait eu le temps de se produire complétement, elle se développe avec une acuité très peu marquée, elle est pour ainsi dire chronique d'emblée, et son étude rentre plutôt dans celle de la métrite chronique.

§ IV. — Marche. — Durée. — Terminaisons.

La métrite parenchymateuse aiguë peut se terminer par résolution, mais bien plus souvent elle passe à l'état chronique ; cela tient presque toujours à la fonction menstruelle qui survient alors que l'inflammation n'a pas encore complétement disparu. Il se produit alors une congestion intense de l'organe, qui ravive l'inflammation. L'inflammation est ainsi entretenue par le retour périodique des règles et l'état chronique est bien vite constitué.

Quant à la terminaison par suppuration, nous avons vu qu'elle ne saurait guère être admise; il doit en être de même de la terminaison par gangrène.

§ V. — Diagnostic.

La métrite parenchymateuse aiguë doit être distinguée de la métrite muqueuse, de la péritonite, du phlegmon des ligaments larges, de la vaginite, de l'inflammation vésicale et rectale. Elle se distingue de la métrite muqueuse, par l'absence des métrorrhagies ou par une diminution dans l'abondance de l'écoulement menstruel, mais surtout par l'absence d'écoulement mucoso-purulent provenant de la cavité utérine; de plus le corps de l'utérus est en général plus volumineux et plus douloureux au toucher, les symptômes généraux sont plus accentués.

La péritonite se présente avec une fièvre vive, un pouls petit, serré, la face grippée, une douleur occupant tout l'abdomen et tellement vive que

la palpation est presque impossible et que la malade ne peut supporter même le poids des couvertures ; il existe aussi des vomissements, du ballonnement du ventre.

Quant au phlegmon des ligaments larges, à l'ovarite, à l'inflammation de la trompe, du péritoine pelvien, la présence d'un empâtement ou d'une tumeur indépendante de l'utérus permet bien vite d'arriver au diagnostic.

La vaginite se distingue par la rougeur et la sensibilité de la muqueuse vaginale, par une leucorrhée plus abondante et par l'absence de douleur à la pression sur le corps de l'utérus qui n'est pas augmenté de volume.

Le ténesme vésical ou rectal pourrait faire croire à une inflammation de l'un ou de l'autre de ces organes, mas les symptômes qui surviennent dans l'nflammation de ces parties, sont en général plus marqués ; il existe en outre des qualités spéciales de l'urine ou des matières expulsées par l'anus qui permettent d'arriver au diagnostic. Il est un cas où cependant la métrite pourrait être méconnue, c'est lorsqu'il y a propagation de l'inflammation à la vessie ou au rectum ; car alors les symptômes qui résultent de l'inflammation de ces organes, pourraient masquer ceux qui appartiennent à la métrite parenchymateuse. Il suffit d'être prévenu de ce fait pour faire la part qui revient à chacune de ces inflammations.

§ VI. — Traitement.

En premier lieu, la malade sera tenue au repos, elle devra garder le lit, on prescrira une diète légère, quelques tisanes rafraîchissantes.

On aura recours aux émissions sanguines, on appliquera des ventouses scarifiées vers la région hypogastrique, des sangsues vers le même point ou aux grandes lèvres, ou mieux encore sur le col utérin lui-même. Une seule application de 4 à 5 sangsues sur le col peut être suffisante, mais le plus souvent il faut y revenir à plusieurs reprises, alors même qu'il y a un peu de métrorrhagie.

On ordonnera ensuite des cataplasmes sur l'abdomen et l'on fera prendre de grands bains et des injections émollientes.

S'il y a une douleur vive, on administrera l'opium à l'intérieur ou un quart de lavement avec 8 ou 10 gouttes de laudanum, qui devra être gardé.

On se trouvera bien d'employer un purgatif, dans le but de produire une certaine révulsion du côté du tube digestif ; les vésicatoires sur l'abdomen et les badigeonnages avec la teinture d'iode seront aussi employés, surtout quand la période aiguë est passée et qu'il ne reste plus qu'une certaine augmentation de volume de la matrice et un peu de douleur.]]

ARTICLE III

MÉTRITE CHRONIQUE.

[[Ce qui constitue à proprement parler la métrite chronique, c'est l'inflammation chronique du parenchyme utérin ; les lésions de la muqueuse sont accessoires et presque insignifiantes, eu égard à celles du parenchyme; car l'on rencontre très-souvent, dit M. Gallard (1), « la métrite chronique sans ulcérations de la muqueuse, tandis que les ulcérations ne se rencontrent jamais sans qu'il y ait inflammation du parenchyme. Ce qui prouve d'ailleurs que ces ulcérations sont sans importance, quand elles existent, c'est qu'on voit souvent apparaître et disparaître ces ulcérations, sans que la maladie se soit sensiblement modifiée. »

Bien que l'importance de ces ulcérations soit loin d'être aussi grande que certains auteurs ont voulu leur attribuer, il n'en est pas moins vrai qu'elles sont d'une fréqence telle, surtout du côté du col, qu'on ne peut pas séparer leur étude de celle du parenchyme.

C'est véritablement l'ensemble des symptômes fournis par l'inflammation simultanée de ces deux parties qui constitue à proprement parler la métrite chronique.

Tantôt l'une de ces inflammations domine, tantôt l'autre ; mais il est impossible au point de vue clinique d'admettre une métrite parenchymateuse chronique ,et une métrite muqueuse chronique.

Nous avons, il est vrai, décrit précédemment la métrite muqueuse chronique, mais nous rappellerons ici que nous avons fait observer que cette forme était toujours plus ou moins compliquée de l'inflammation du parenchyme.

§ I. — Anatomie pathologique.

Dans l'étude de la métrite chronique, nous étudierons successivement les altérations du parenchyme et celles de la muqueuse.

A. *Lésions du parenchyme.* — On distingue dans la métrite chronique deux périodes auxquelles correspondent des lésions différentes et qui ont été bien étudiées par Scanzoni (2); mais nous ferons observer qu'avant lui, Becquerel (3) avait parfaitement reconnu ces deux périodes de la métrite chronique qu'il avait décrites, sous les noms d'engorgement par exsudation séro-sanguinolente et d'engorgement par exsudation fibrineuse.

1re *Période.* — La première période décrite sous le nom de *Période de ramollissement* ou d'*infiltration*, par Scanzoni, est caractérisée par la tuméfaction, la vascularisation, l'hypérémie du parenchyme. M. Gallard a

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les mal. des femmes.* 1873, p. 299.
(2) Scanzoni, *De la métrite chronique.* Trad. française, 1866.
(3) Becquerel, *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1859.

décrit avec une netteté remarquable cette période, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les quelques lignes qu'il lui consacre.

« La première période est, dit-il, caractérisée par une hypérémie plus ou moins étendue et par une infiltration de sang et de sérosité. Le tissu utérin est mollasse, de sorte que le doigt s'y enfonce et y marque assez facilement son empreinte; il y a en même temps un épaississement, une augmentation du volume des parois utérines qui sont peu résistantes et se laissent couper à la façon d'un muscle à l'état frais, sans faire entendre ce bruit particulier qui ne manque jamais à l'état normal et qui rappelle celui de la section des parties fibreuses. De cette coupe s'écoulent du sang et de la sérosité sanguinolente que l'on fait sourdre par la pression. — Les veines et les artères, mais surtout les veines, ont subi une dilatation remarquable. C'est ce qu'il est facile de constater sur la surface de section, où l'on voit leurs orifices larges et béants. Le tissu utérin présente à la coupe une coloration d'un rouge livide, ses fibres musculaires sont graisseuses. On rencontre par l'examen microscopique les granulations amorphes décrites par M. Ch. Robin, mais il n'y a pas encore de tissu fibro-plastique (1). »

L'exsudation qui se produit entre les éléments anatomiques de l'utérus est la cause de l'augmentation de volume de l'organe et des diverses déformations que subit le corps ou le col de la matrice.

Cette augmentation de volume est toujours considérable, elle porte sur l'ensemble de l'utérus, mais il est des points où cette augmentation est cependant plus considérable.

Les parties qui présentent l'augmentation la plus considérable sont le col et le fond de l'utérus, c'est l'augmentation de ce col que certains auteurs ont décrit sous le nom d'*hypertrophie* du col et qu'ils décrivaient comme une maladie spéciale de la matrice. Le col peut en effet se tuméfier d'une manière notable, et prendre des formes variées. Ordinairement il devient plus volumineux, perd sa forme conique, devient cylindrique et même la partie libre peut être plus saillante que la partie adhérente, de façon à présenter l'apparence d'un battant de cloche. L'orifice du col s'entr'ouvre, les lèvres se renversent en dehors; cette déformation est désignée sous le nom d'*ectropion des lèvres du col.* Ces déformations ne s'observent que chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants. Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, l'augmentation de

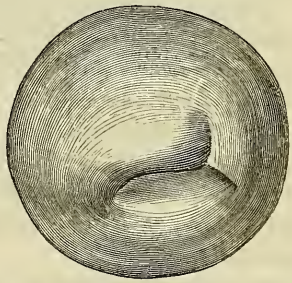


Fig. 72. — Aspect du col de l'utérus dans la métrite chronique. (Becquerel, *Atlas*, pl. III, fig. 4.)

(1) Gallard, *Leç. cliniques sur les mal. des femmes*. 1873, p. 272.

volume du col détermine un changement dans la forme de l'orifice externe, qui de transversal devient circulaire.

En même temps, la cavité s'agrandit et prend une forme globuleuse, l'orifice interne du col devient plus large, ainsi que la cavité du col.

2e *période.* — La deuxième période, qu'on peut appeler *période d'épaississement* ou *d'induration*, est caractérisée par la dureté et par l'anémie générale ou partielle du tissu utérin, qui remplace la mollesse et la vascularisation de la première période. Dans cette période, le tissu utérin présente une densité comparable à celle de certaines tumeurs fibreuses. Quand on le coupe, il crie sous le couteau. On rencontre assez souvent à côté de parties indurées, des places encore hypérémiées, qui indiquent d'une façon évidente, que cette seconde période est bien une transformation de la première. Ces parties indurées présentent une coloration pâle, jaunâtre, ou jaune rougeâtre. Les artères et veines au niveau de ces parties ont subi un rétrécissement notable de leur calibre. Au microscope, on observe des produits de nouvelle formation, tels que, éléments fibro-plastiques et fibres de tissu conjonctif.

D'après Scanzoni, les fibres musculaires elles-mêmes prendraient part à l'augmentation de volume de l'utérus, mais cette augmentation des éléments musculaires ne peut être admise qu'avec une certaine réserve ; elle est même révoquée en doute par M. Gallard et d'ailleurs existerait-elle, qu'elle ne constituerait pas une hypertrophie véritable de l'utérus, car une partie importante du parenchyme, le tissu vasculaire, ne participe pas à ce développement.

Ainsi donc, deux périodes distinctes dans la métrite chronique, la première caractérisée par l'hypérémie, la vascularisation du tissu ; la seconde par l'atrophie des vaisseaux sanguins.

Nous allons maintenant voir la relation qui existe entre ces deux états pathologiques que certains auteurs ont décrits comme deux maladies différentes et qui ne sont en réalité que deux phases d'un même processus morbide, l'inflammation.

Dans la première période il se produit une hypérémie considérable du tissu et unei nfiltration d'une matière amorphe assez consistante, parsemée de granulations moléculaires azotées et graisseuses et d'éléments fibroplastiques, d'où résulte l'augmentation de volume de l'organe et sa diminution de consistance.

Dans la seconde période les éléments fibro-plastiques s'organisent de plus en plus et constituent alors les fibres de tissu cellulaire, la matière amorphe interposée entre les éléments se résorbe, et le tissu conjonctif nouvellement constitué étouffe pour ainsi dire, les autres éléments du parenchyme utérin, ou bien, comme paraît l'admettre M. Gallard, remplace les éléments de ce tissu qui ont disparu préalablement, par le fait de l'inflammation. Ce tissu conjonctif, en même temps qu'il se développe, comprime les vaisseaux sanguins qui diminuent ou disparaissent en partie.

L'organe conserve un volume assez considérable, mais il est dur et fortement décoloré.

Le tissu conjonctif que nous venons de voir se produire en si grande abondance, peut lui-même être résorbé ou se rétracter par la condensation de ses éléments, il en résulte une atrophie de l'organe, une véritable *sclérose* qui se rencontre quelquefois, surtout chez les femmes âgées.

M. Gallard fait remarquer à ce sujet que « si l'on veut bien suivre la filiation des phénomènes anatomo-pathologiques qui se sont succédé pour conduire de la simple congestion à cet état atrophique, on verra que sous ce point de vue, l'utérus ne diffère en rien des autres organes de l'économie et que les altérations qu'il subit, sont tout à fait comparables à celles qui se passent dans le foie pour arriver à la cirrhose; dans le rein pour conduire à l'atrophie, qui est le dernier terme de la maladie de Bright; dans la substance nerveuse pour se terminer par la sclérose. C'est donc là une lésion unique, toujours la même, procédant de la même façon et suivan la même marche, quel que soit le tissu dans lequel elle se développe (1). »

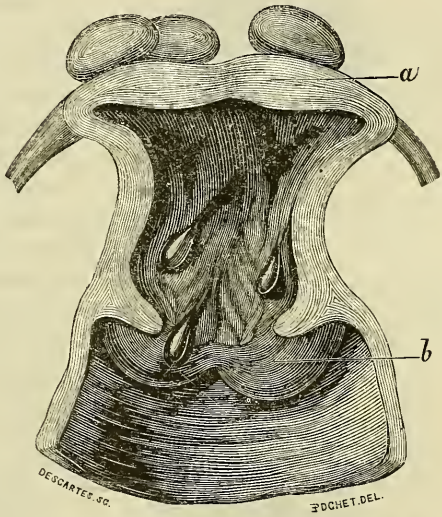


Fig. 73. — Follicules enflammés de la cavité du col utérin (*).

B. *Lésions de la muqueuse.* — Après les altérations du parenchyme, nous devons placer celles de la muqueuse, qui, bien que pouvant manquer dans quelques cas, sont cependant si communes, qu'elles font pour ainsi dire partie intégrante de la métrite chronique.

Les lésions que l'on observe du côté de la muqueuse, se présentent avec des caractères un peu différents, suivant leur siége.

Ces lésions sont les suivantes :

1° *Du côté de la cavité utérine*, on observe les *fongosités*, les *polypes muqueux intra-utérins*, que nous avons déjà signalés, quand nous avons

(1) Gallard, *Leçons clin. sur les mal. des femmes*, 1873, p. 276.

(*) Sur cette figure l'utérus est ouvert et présente à l'intérieur du col trois petits corps rouges, pédiculés, qui d'après la description des auteurs renferment un kyste de matière albumineuse incolore. Ces petits kystes pédiculés ne sont autre chose pour M. Gallard que des glandes mucipares enflammées. Trois petits corps fibreux intra-péritonéaux se détachent de la partie supérieure — *a*, paroi antérieure de l'utérus — *b*, lèvre antérieure du museau de tanche sur la face interne duquel le polype a pris naissance (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XVIII fig. 2).

parlé de la métrite muqueuse et que nous nous contentons de rappeler ici, leur description ayant été faite précédemment. Ces lésions, bien que n'étant pas rares, sont loin cependant d'être aussi communes que celles que l'on observe du côté de la cavité du col, et de la surface externe du museau de tanche;

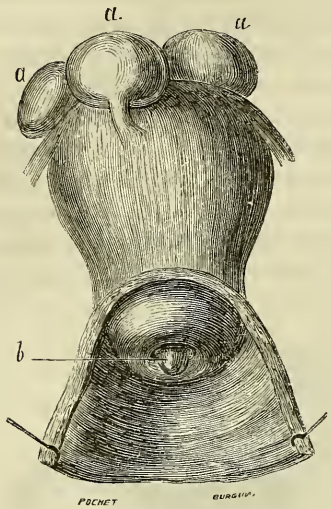


Fig. 74. — Polype glandulaire, faisant saillie à l'orifice du col (*).

2° *Du côté de la cavité du col.* — On rencontre : a. *Les œufs de Naboth* (fig. 73), qui sont de petits kystes du volume d'un pois ou d'une cerise et qui sont dus à la distension des glandes en grappe de la muqueuse. Sous l'influence de l'inflammation ces glandes se tuméfient, leur orifice s'oblitère et le mucus sécrété s'accumule dans l'intérieur de la glande : d'où leur augmentation de volume. Ces kystes ont été désignés par M. Huguier sous le nom de kystes *utéro-folliculaires*. Quelquefois ces kystes folliculaires se groupent ensemble de façon à former une petite tumeur creusée de cavités indépendantes les unes des autres, et que Virchow a désigné sous le nom de *molluscum cysticum*.

b. *Polypes muqueux* ou *glandulaires*. — Quelquefois les kystes utéro-folliculaires font une saillie plus grande et finissent par se pédiculiser ; ils sont alors désignés sous le nom de polypes *muqueux* ou *glandulaires* (fig. 74 et 75).

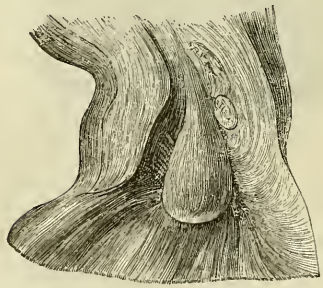


Fig. 75. — Polype glandulaire isolé du col utérin (Simpson).

c. *Fongosités et ulcérations.* — Quelquefois on rencontre des fongosités analogues à celles que nous avons décrites du côté de la cavité utérine, parfois aussi des ulcérations folliculaires comme celles que nous allons voir siéger sur la surface externe du museau de tanche. Ces ulcérations se continuent en général avec celles de la surface externe et se rencontrent surtout au niveau de l'orifice externe du col. Parfois ces lésions remontent à une certaine hauteur dans le col, ou même arrivent jusqu'à l'orifice interne, qu'ils ne franchissent pas ;

(*) L'utérus offrant au moins le double de son volume présente à l'extérieur et sur son fond trois tumeurs fibreuses pédiculées *a*, *a*, *a*. — *b*, une autre petite tumeur pisiforme se présente à l'orifice du museau de tanche. (Boivin et Ducès, *Atlas*, pl. XVIII, fig. 1.) Même utérus que fig. 73.

d'autres fois cet orifice est franchi et la lésion se continue avec une lésion semblable de la cavité du corps.

d. *Rougeur et vascularisation.* — Dans certains cas il existe seulement un peu de rougeur ou de vascularisation de cette cavité, analogue à celle que l'on peut rencontrer sur la surface externe du museau de tanche ou dans la cavité utérine.

Les diverses lésions qui précèdent peuvent ne pas dépasser l'orifice interne du col, de telle sorte que la muqueuse de la cavité soit exempte d'altération.

3° *Du côté de la surface vaginale du col.* — Les lésions inflammatoires que l'on rencontre sur la surface externe du museau de tanche, sont de deux espèces :

a. *Granulations.* — Ces granulations, qui étaient autrefois regardées comme une maladie spéciale, ne sont en réalité que le résultat de l'inflammation des follicules mucipares, qui deviennent saillants sous forme de petits points rouges. Nous ne faisons que mentionner ici ces granulations, que nous étudierons plus loin, dans le chapitre consacré aux ulcérations inflammatoires du col.

b. *Ulcérations.* — Les ulcérations du col ont été ainsi que les granulations, admises comme entité morbide ; tandis qu'elles ne doivent être en réalité, considérées que comme le résultat de l'ulcération des follicules mucipares enflammés. Ces ulcérations présentent quelquefois des caractères différents, suivant certaines circonstances que nous ferons connaître quand nous étudierons cette lésion en particulier, et qui ont fait admettre des espèces différentes d'ulcérations. C'est ainsi que certains auteurs admettent des ulcérations papillaires, des ulcérations variqueuses, des ulcérations de la grossesse, des ulcérations herpétiques, scrofuleuses, scorbutiques.

Quant à nous, nous appuyant d'ailleurs sur l'autorité de M. Gallard, nous admettons que les espèces différentes d'ulcérations décrites par les auteurs, ne sont que des modifications, des transformations de l'ulcération inflammatoire ordinaire, et que les diathèses ne donnent pas lieu du côté du col de l'utérus à des éruptions et à des ulcérations de nature différente. Il faut cependant reconnaître que ces diathèses facilitent considérablement le développement de la métrite chronique et dèslors la production des ulcérations qui sont la conséquence de la métrite.

Après avoir fait l'étude des lésions que l'on rencontre, soit du côté du parenchyme, soit du côté de la muqueuse, nous devons mentionner celles qui se produisent du côté du péritoine ou des annexes de l'utérus.

Assez souvent le péritoine qui recouvre l'utérus, présente un certain degré d'épaississement et quelques brides celluleuses qui le rattachent aux anses intestinales. Les ligaments larges, les ovaires, les trompes, présentent aussi quelquefois des adhérences, des brides fibreuses qui indiquent que de ce côté il s'est produit aussi un certain degré d'inflammation chronique.

§ II. — Symptômes.

Un des premiers symptômes qui attirent l'attention des malades, c'est la *douleur*. Elle varie beaucoup, suivant les sujets. Les malades éprouvent tantôt une simple sensation de pesanteur à l'hypogastre, de poids vers le périnée ; tantôt une douleur plus vive, des élancements. La douleur est en général exagérée par la station debout, la marche, un faux pas, les efforts musculaires, la toux, le coït. Elle s'irradie vers les régions inguinales, le sacrum, la partie supérieure des cuisses.

A l'époque des règles la douleur prend une intensité en général plus grande, les malades éprouvent des douleurs expulsives, qu'on appelle *coliques utérines*. On voit aussi parfois se manifester la douleur que l'on a désignée sous le nom de *coccygodinie* et que l'on a comparée au mal de dents. C'est une douleur qui siége au niveau et à l'entour du coccyx. D'autres fois, la douleur s'irradie vers la région lombaire. Duparcque attribue ces douleurs au séjour de la malade au lit.

Dans certains cas, les douleurs peu intenses et même nulles entre les époques menstruelles, se manifestent avec intensité aux approches des règles ou pendant le cours de la menstruation.

On a vu aussi quelquefois, se produire un *prurit vulvaire* qui n'est pas en rapport avec l'écoulement qui se fait par la vulve, puisqu'on l'a vu survenir dans des cas où cet écoulement faisait défaut.

La vessie est aussi souvent le siége de souffrances assez marquées. Il existe des *envies fréquentes d'uriner*, ou de la *dysurie;* on rencontre dans d'autres cas la *rétention* ou l'*incontinence d'urine*. Ces phénomènes peuvent être dus à une simple compression de la vessie par l'utérus augmenté de volume, ou à une extension de l'inflammation, ou simplement, à une action réflexe.

On observe le plus souvent un désordre dans les fonctions menstruelles ; tantôt on observe *des métrorrhagies*, tantôt *de l'aménorrhée*. Ces différences s'expliquent aisément, si l'on veut bien se souvenir que la métrorrhagie est le propre de la métrite interne, tandis que l'aménorrhée se rencontre surtout dans la métrite parenchymateuse ; M. Gallard explique la production de ces deux symptômes, tout à fait opposés, en faisant remarquer « que si la métrite parenchymateuse domine, on n'aura pas d'hémorrhagies, ou elles seront peu abondantes, tandis qu'au contraire, si c'est la métrite interne qui l'emporte, on verra se produire des métrorrhagies plus ou moins considérables et persistantes. »

On voit encore, dans certains cas, les malades rendre aux époques menstruelles des lambeaux détachés de la muqueuse utérine, ou des caillots fibrineux, qui constituent la *dysménorrhée membraneuse* que nous avons déjà décrite comme étant un symptôme de l'inflammation de la muqueuse utérine et non une entité morbide.

La palpation hypogastrique révèle en général une certaine *tension de l'abdomen* qui a été signalée par Aran, laquelle du reste n'est pas spéciale à la métrite, mais se rencontre dans la plupart des inflammations des organes génitaux internes. Elle permet aussi de constater une *légère augmentation de la température.*

Si l'abdomen n'est pas trop distendu et si les parois abdominales sont assez souples, on parvient assez souvent à sentir le corps de l'utérus qui dépasse un peu les pubis. Le toucher vaginal uni à la palpation abdominale permet assez souvent de bien juger de l'augmentation de volume de l'utérus. Le toucher vaginal permet de constater ordinairement un abaissement du col de l'utérus, dû sans doute à l'augmentation de poids de l'organe. Quelquefois cependant le doigt atteint difficilement ce col, qui est assez élevé et plongé dans l'excavation du sacrum, à cause de l'antéflexion qui se produit habituellement.

Le col présente aussi des déformations plus ou moins considérables. — Ordinairement il est *augmenté de volume*, et l'aplatissement antéro-postérieur qu'il présente physiologiquement a disparu, le col est devenu plus cylindrique, souvent aussi la conicité normale du col disparaît et le cône qui est à base supérieure a sa base inférieurement ; ce qui l'a fait alors comparer à un battant de cloche ou à une massue. D'habitude, le col est plus saillant qu'à l'état normal, cependant on l'a vu devenir plus court. Cette dernière disposition serait due, d'après M. Gallard, à ce que l'inflammation siégerait plus particulièrement vers le corps de l'organe, et à ce que des adhérences péritonéales le maintiendraient fixé à la partie supérieure de la cavité pelvienne.

On a vu encore une lèvre du col se développer considérablement tandis que l'autre restait à peu près normale ; cette déformation a été désignée par Scanzoni sous le nom d'*allongement en forme de trompe.*

Ordinairement l'orifice du col est entr'ouvert, les lèvres sont écartées et présentent la disposition qu'on a désignée sous le nom d'*ectropion des lèvres du col.* Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants ou chez celles qui n'en ont pas eu un grand nombre, le col est moins entr'ouvert. On constate quelquefois à sa surface des bosselures, qu'un examen superficiel pourrait faire prendre pour une production cancéreuse, mais les bosselures de la métrite dues à des brides qui résultent des déchirures du col pendant l'accouchement, sont plus molles, séparées par des brides cicatricielles qui convergent toutes vers l'orifice du col.

Le toucher révèle aussi quelquefois de petites rugosités lorsque les follicules et les papilles enflammées commencent à former les granulations. Plus tard, quand l'ulcération s'est produite, le doigt éprouve une sensation analogue à celle que l'on perçoit quand on passe le doigt sur un velours coupé ras.

Le toucher permet de reconnaître les saillies formées par les œufs de Naboth, ou les petits polypes muqueux. Enfin il permet de constater une

certaine mollesse du col qui se laisse déprimer sous le doigt; le corps lui-même est mou. L'utérus comprimé entre ce doigt vaginal et la main appliquée sur l'hypogastre se laisse courber plus facilement. La pression sur le col ou le corps de l'organe détermine aussi une douleur assez marquée. Si le doigt vaginal cherche à soulever l'utérus, il trouve que l'utérus est plus lourd, mais cependant mobile. Le doigt promené au pourtour de l'utérus pour explorer les organes voisins, ne rencontre en général rien d'important.

L'examen au spéculum révèle les diverses altérations de forme que nous avons déjà constatées à l'aide du toucher. Il permet de mesurer l'augmentation de volume du col dans les diamètres antéro-postérieur et transversal. On constate que l'orifice externe du col prend une forme arrondie.

Quant à la coloration de la muqueuse, elle diffère suivant que l'on se trouve à la première ou à la seconde période de la maladie. Dans le premier cas on observe une coloration rouge, livide, violacée ou bleuâtre; dans le second la muqueuse est pâle.

Enfin on rencontre les ulcérations dont nous avons parlé. Quelquefois entre les lèvres du col on voit saillir un petit polype muqueux dont le point d'implantation se fait dans le col.

L'examen au spéculum permet encore de reconnaître la nature des écoulements qui se font par le col utérin. Ces écoulements présentent des caractères différents, suivant qu'ils sont fournis par la cavité du col ou par la cavité du corps. Dans le premier cas l'écoulement est visqueux, transparent, ressemblant à du blanc d'œuf, il est alcalin et contient une forte proportion d'albumine qui devient opaque au contact des mucosités vaginales acides; il renferme des cellules épithéliales et quelques leucocytes. Dans le second cas, il est plus liquide, moins visqueux, contient des globules de pus, et ordinairement des hématies et aussi quelques cellules épithéliales, ordinairement pavimenteuses, à cause de la substitution de ces cellules aux cellules d'épithélium cylindrique vibratile.

Pour l'examen du col on devra surtout employer le spéculum bivalve de Ricord qui permet mieux que tout autre, d'écarter les lèvres du col et aux regards de pénétrer dans la cavité du col; on pourra aussi constater que souvent l'ulcération de la surface externe pénètre dans l'intérieur du col et dans certains cas, que l'ulcération siége presque exclusivement dans le col. Si l'on a soin de refermer légèrement le spéculum, on voit alors que l'ulcération qui est visible quand on dilate fortement les lèvres du col, cesse de l'être ou l'est à peine, dès que l'on ferme les valves du spéculum.

Assez souvent le col de l'utérus est difficile à atteindre, à cause de l'antéversion qu'a subie l'organe et qui a permis au col de se porter assez haut en arrière dans l'excavation du sacrum. Le spéculum met dans ce cas la lèvre antérieure à découvert, mais l'ouverture du col et la lèvre postérieure échappent à l'exploration. Il faut alors, pour explorer ces parties,

mettre la malade dans une position telle, que la région lombaire soit plus élevée que le dos.

Le cathétérisme utérin révèle une augmentation du volume de l'organe; l'hystéromètre franchit plus facilement l'orifice interne du col et pénètre à 7 ou 8 centimètres; de plus l'instrument peut exécuter plus librement des mouvements dans la cavité qui est agrandie. Assez souvent l'hystéromètre est ramené teint de sang à cause de l'inflammation concomitante de la muqueuse. Le cathétérisme doit être fait avec une grande douceur, afin de ne pas s'exposer à perforer l'utérus ramolli.

La métrite chronique présente encore un certain nombre de symptômes généraux, qu'il importe au plus haut point de connaître, à cause des erreurs de diagnostic qu'ils pourraient entraîner, si l'on ne savait les rattacher à la maladie que nous décrivons actuellement.

Il est des cas où la métrite chronique n'a qu'une influence très-peu marquée sur l'état général de la malade, mais le plus souvent elle entraîne à sa suite des désordres qui peuvent être rattachés pour la plupart à l'*anémie*. Pour certains auteurs, l'anémie serait la cause de la métrite chronique; pour eux l'anémie déterminerait des troubles vaso-moteurs, des congestions du côté de l'utérus qui favoriseraient le développement de la maladie. Sans vouloir nier la part de l'anémie dans le développement des troubles vaso-moteurs, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que cette maladie est bien plus souvent la conséquence de la maladie que sa cause réelle. La métrite chronique détermine en effet, du côté des voies digestives, des troubles notables, de l'anorexie, quelquefois des vomissements, de la dyspepsie, de la gastralgie, de la diarrhée. Sous l'influence de ces divers troubles, la malade cesse de manger, sa nutrition languit et de là résulte l'état anémique que nous venons de signaler.

La plupart des symptômes généraux que nous allons passer en revue, se rattachent pour la plupart à l'état chloro-anémique qui se développe chez les malades.

Il se produit, du côté de la face, une altération particulière, désignée sous le nom de *facies utérin*. La face est pâle, terreuse, la peau est flétrie, les yeux brillants, les paupières brunâtres. L'expression de la face indique le découragement, la tristesse. Quelquefois on rencontre sur le front, les joues ou le menton, des taches brunâtres connues sous le nom de *lentigo* et *chloasma uterinum*, et semblables à celles qui constituent le *masque* de la grossesse.

A côté de cette éruption qui se produit du côté de la face, nous devons mentionner celles qui surviennent vers les autres parties du corps. On voit parfois se manifester une sorte d'*érythème*, de *roséole* qui se présente sous forme de taches de couleur plus ou moins rouge, siégeant de préférence sur les côtés du cou, sur la poitrine et la figure. Ces taches augmentent à la suite des émotions et disparaissent quelquefois rapidement. Chez certaines femmes elles n'apparaissent qu'aux époques menstruelles.

On voit aussi survenir des éruptions d'*urticaire*, d'*acné*, d'*eczéma*. Ces diverses éruptions, qui ont été très-bien étudiées par Hebra (1), ne paraissent pas propres à la métrite chronique ; on voit en effet survenir des éruptions analogues dans la convalescence des maladies graves ; M. le professeur Hardy (2) a vu ainsi se produire la variété d'érythème qu'il désigne sous le nom d'*érythème mamelonné*.

Sous l'influence de l'état anémique, on voit encore survenir des *troubles hystériques* plus ou moins accentués. Quelquefois les malades présentent des attaques hystériques complètes; d'autres fois, il existe seulement, la sensation de boule hystérique siégeant au creux épigastrique et remontant jusqu'au cou et déterminant une sensation de suffocation ; d'autres fois, les malades sont prises de toux convulsive, d'hypéresthésie, d'anesthésie de certaines parties du corps ou bien encore de névralgies.

Après cet exposé des symptômes propres à la métrite chronique, nous devons signaler ceux qui sont fournis par les complications. Nous ne rappellerons pas ici les symptômes propres au phlegmon péri-utérin, à l'ovarite, à l'inflammation de la trompe, ou d'une portion du péritoine pelvien ; nous ferons seulement remarquer que les symptômes de ces diverses maladies, tantôt précèdent le développement de la métrite chronique, tantôt le suivent, selon que l'inflammation a pris naissance du côté de ces organes pour envahir ensuite l'utérus, ou bien, qu'elle s'est propagée à ces organes, après avoir débuté par la matrice; on rencontre encore les symptômes qui résultent des diverses déviations utérines qui tantôt paraissent être la conséquence, tantôt au contraire la cause de la métrite.

Quant au cancer, aux tumeurs fibreuses qui peuvent se rencontrer en même temps que la métrite chronique, on doit les considérer comme cause de la métrite et non comme une complication de la maladie.

La lithiase rénale, ou même biliaire, signalées comme des complications fréquentes par Aran et que M. Willemin (3) regarde comme la conséquence du repos auquel les femmes sont soumises, ne se rencontrent plus guère aujourd'hui où l'on n'oblige pas les malades à séjourner au lit pendant plusieurs mois consécutifs.

§ III. — Étiologie.

Causes prédisposantes. — L'âge paraît avoir une certaine influence sur le développement de la maladie; c'est en effet entre 20 et 40 ans qu'elle est la plus fréquente, à cause des congestions périodiques qui se produisent alors du côté de la matrice.

Le tempérament n'a pas d'action bien marquée ; la maladie se dévelop-

(1) Hebra *Wochenbl.*, *Der Ztschr. der Gesc. der Aerzte.* Wien, 1855, n° 40.

(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau.* 1860-61, 2e partie, p. 35.

(3) Willemin, *De l'emploi des eaux de Vichy dans les affect. chroniques de l'utérus.* 1857.

pant aussi bien chez les femmes robustes, que chez celles qui sont chloro-anémiques.

On a encore accusé la saison, certains climats, de prédisposer à la maladie.

Quant à l'usage du café au lait, Lisfranc lui attribuait une action directe sur l'utérus ; pour d'autres et pour M. Gallard, il paraît agir bien plutôt comme aliment non suffisamment réparateur, entraînant à sa suite un certain degré d'anémie. Cependant il est certaines personnes qui peu d'instants après l'ingestion du café au lait sont prises d'une leucorrhée abondante et subite, de la même manière que d'autres sont prises de diarrhée. Nous admettrons que cette action tient à une idiosyncrasie, bien plus qu'à une action propre du café au lait sur l'utérus.

Causes déterminantes. — En tête des causes déterminantes, il faut citer le fait de l'accouchement qui, dans le plus grand nombre des cas, est le point de départ de la métrite chronique. C'est ordinairement, quinze ou vingt jours après la délivrance que débute la maladie. Elle résulte le plus souvent alors, ou de déchirures du col au moment de l'accouchement ou d'excès de coït qui déterminent vers l'utérus une congestion, laquelle entrave l'évolution rétrograde de l'organe.

Cette métrite, que nous avons désignée sous le nom de post-puerpérale pour rappeler son origine et dont nous avons déjà parlé quand nous avons étudié la métrite parenchymateuse aiguë, est une forme intermédiaire entre celle-ci et la forme chronique d'emblée.

Après cette cause, qui est la plus fréquente, nous citerons le coït trop souvent répété, les excitations anormales des organes génitaux, l'introduction de corps étrangers dans la cavité utérine, tels que tiges de laminaria, éponges préparées, les avortements ou les tentatives d'avortement, le séjour de pessaires dans le vagin, le cathétérisme utérin pratiqué maladroitement.

La suppression brusque de l'écoulement menstruel peut aussi avoir une influence notable, par suite d'une exagération de la congestion utérine qui accompagne la menstruation.

Quant aux maladies du cœur, elles peuvent, à cause de la gêne de la circulation qui détermine une congestion de l'organe, prendre une certaine part dans le développement de la métrite chronique.

Citons encore les autres maladies de l'utérus ou du voisinage ; telles que phlegmon péri-utérin, déviations, cancer, tumeurs fibreuses.

Il est maintenant un point intéressant à connaître, non-seulement au point de vue de l'étiologie, mais surtout du traitement, c'est de savoir la relation qui existe entre le développement de la métrite chronique et celui des déviations utérines. L'antéversion si fréquente dans le cours de la métrite chronique, paraît dépendre uniquement de l'augmentation de poids de l'organe ; car l'on voit assez souvent après la disparition de la métrite l'utérus reprendre sa situation à peu près normale. Quant à la rétroversion

et aux flexions, elles paraissent être la cause de la métrite, bien plutôt qu'un résultat de cette affection ; aussi le traitement de l'antéversion doit être nul, tandis que dans certains cas de rétroversion et de flexions, il faudra tenter le redressement de l'organe si l'on veut faire disparaître l'inflammation chronique. Mais à cet égard, comme le fait remarquer M. Gallard, il est impossible de tracer une règle uniforme et invariable, et il faut admettre que si, dans certaines circonstances, et d'une façon générale, la métrite est la maladie la plus importante, il en est d'autres où c'est la déviation qui domine (1).

Quant aux diathèses dartreuse, scrofuleuse, scorbutique, il est bien certain qu'elles ont une certaine influence sur le développement de la métrite chronique ; mais ce qui ne saurait être admis, c'est qu'elles puissent déterminer des lésions spécifiques de l'organe ; « aussi, quoique j'aie démontré, dit M. Gallard, qu'il n'y a pas lieu d'assimiler les lésions de la muqueuse utérine aux lésions cutanées ; quoiqu'il n'existe ni acné, ni herpès, ni eczema, ni surtout impétigo du col de l'utérus, il n'en est pas moins parfaitement établi pour moi que l'ulcération du col accompagne fort souvent ces diverses affections, surtout l'eczema et l'impétigo, à ce point que l'on peut être parfaitement autorisé à penser que la maladie utérine, c'est-à-dire la métrite chronique qui a donné lieu à l'ulcération et la maladie de la peau relèvent de la même cause générale et doivent être modifiées sous l'influence du même traitement (2). »

Comme cause de la maladie on a cité encore les émotions morales, ainsi Scanzoni rapporte le cas d'une jeune fille qui fut menstruée à douze ans et qui éprouva une telle frayeur de voir apparaître ses menstrues, que l'écoulement ne dura qu'un quart d'heure, et que depuis lors elle ne les vit plus reparaître. Tous les quatre mois elle était sujette à des coliques utérines très-violentes, et, lors de l'examen, ce médecin constata une augmentation du volume de l'utérus avec antéversion. — Sans rejeter complétement l'influence de cette cause, nous pouvons dire qu'elle sera rarement suffisante pour être le point de départ d'une métrite chronique.

§ IV. — Diagnostic.

Le diagnostic doit être fait : 1° avec les modifications physiologiques des organes génitaux internes ; 2° avec les autres maladies utérines ; 3° avec les maladies des organes voisins ; 4° avec les maladies générales ou étrangères au système génital ; 5° enfin, la métrite étant reconnue, on devra distinguer à quelle période de la maladie on a affaire.

1° *Avec les modifications physiologiques des organes génitaux internes.* — *Grossesse.* — Il n'est pas rare de voir prendre une congestion inflam-

(1) Gallard, *Leç. clinic. sur les malad. des femmes.* 1873, p. 334
(2) Ib., *ibid.* 1873, p. 371.

matoire de l'utérus pour une *grossesse commençante* ou réciproquement.

Le diagnostic dans ces cas, est difficile, et aussi de la plus grande importance. Dans les deux cas, il existe une certaine augmentation du volume de l'organe, un certain degré de ramollissement du col, et en outre des symptômes généraux communs. Nous devons dire immédiatement que ce diagnostic est souvent impossible au début, ce n'est ordinairement que la marche de la maladie qui vient éclairer le diagnostic. Cependant il est quelques signes qui peuvent faire présumer la grossesse et que nous allons passer en revue.

Dans la grossesse, comme dans la métrite chronique, les tubercules de Montgommery deviennent saillants ; mais ce signe ne se rencontre guère dans le cas de métrite chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, il est donc, quand il se rencontre chez ces femmes, un signe de présomption en faveur de la grossesse.

L'examen du col présente aussi quelques différences qu'il importe de signaler. L'ulcération se rencontre, on le sait, assez souvent dans le cours de la grossesse, mais alors, cette ulcération est fongueuse, violacée, livide même, saignante.

L'hystéromètre ne peut nous renseigner dans ce cas, car le moindre soupçon de grossesse doit empêcher l'introduction de cet instrument.

Un symptôme auquel M. Gallard attribue une grande importance, c'est la douleur qu'éprouve la malade par suite de la pression exercée sur le corps de l'organe. Cette douleur n'existe que dans un utérus enflammé, mais il faut se rappeler que la grossesse a pu se développer dans un utérus atteint de métrite chronique, et alors il peut être douloureux à la pression.

On voit dès lors, qu'il n'y a pas de différences bien évidentes entre la métrite et grossesse commençante ; aussi, toutes les fois qu'une femme se présente à notre examen, nous devons, avant de porter notre diagnostic complet, engager la malade à se présenter à nous au moment de son époque menstruelle, afin de pouvoir pratiquer le cathétérisme qui doit être rejeté toutes les fois qu'il y a le moindre doute dans notre esprit.

Mais, la marche ultérieure de la maladie peut aussi nous éclairer ; le développement de l'utérus dans le cas de grossesse, se fait régulièrement, et il arrive un moment où le volume de l'organe est tel, que le doute n'est plus permis. Cependant, même alors, on doit se souvenir que l'inflammation peut donner lieu à une accumulation de sang ou de sérosité dans la cavité utérine, qu'on désigne sous le nom d'hématométrie et d'hydrométrie et qui pourraient encore faire croire à une grossesse même assez avancée. Mais dans le cas de rétention de ces fluides, la maladie se fait en général par saccades coïncidant avec les périodes menstruelles. De plus, à un certain moment, le souffle placentaire ou les bruits du cœur fœtal, ainsi que le ballottement viendront lever tous les doutes.

2° *Avec les autres maladies de l'utérus, déviations, tumeurs fibreuses,*

cancer. — On ne confondra pas la métrite avec une déviation utérine; le cathétérisme permet en effet de faire le diagnostic, mais on sait que souvent la métrite chronique accompagne la déviation, aussi dans ces cas, est-il très-difficile de faire exactement la part de chacune de ces deux affections.

Les tumeurs fibreuses se reconnaissent par le toucher qui permet de reconnaître, soit un polype saillant entre les lèvres du col, soit une tumeur surajoutée à l'utérus et faisant corps avec lui ; de plus le cathétérisme permet souvent de constater un agrandissement de la cavité utérine. L'hystéromètre peut pénétrer à 10 ou 12 centimètres, ou bien il est arrêté brusquement à 4 ou 5 centimètres. Il existe aussi des hémorrhagies fréquentes, surtout dans le cas où la tumeur fibreuse fait saillie du côté de l'utérus. La douleur est aussi ordinairement moins vive ; notons cependant que la métrite complique souvent les tumeurs fibreuses.

Quant au cancer, il se reconnaît par le toucher qui révèle une destruction du col, ou bien des productions végétantes saignant facilement, par l'extension de la maladie aux tissus voisins, de plus par l'écoulement d'un liquide présentant une odeur caractéristique et qu'on désigne sous le nom d'*ichor cancéreux*.

3° *Avec les maladies des organes voisins, cystite, rectite, ovarite, phlegmon péri-utérin.* — On reconnaîtra ces maladies à l'aide des symptômes qui leur sont propres et par l'absence des signes de la maladie qui nous occupe actuellement.

4° *Avec les maladies générales ou étrangères au système génital; phthisie, maladies du cœur, chlorose, hystérie, névralgies.* — Nous savons que sous l'influence de la métrite chronique il peut survenir des troubles hystériques ou chloro-anémiques variés qui pourraient à un examen superficiel, ne pas être rattachés à leur véritable cause. C'est ainsi qu'on voit quelquefois survenir de la toux, de l'essoufflement, un amaigrissement notable, qui doivent nous porter à soupçonner la phthisie pulmonaire ; de même il se produit parfois des palpitations de cœur, des souffles cardiaques qui peuvent faire croire à une maladie du cœur, mais alors l'absence de signes indiquant une lésion suffisante des poumons ou du cœur, doivent nous engager à rechercher si ces troubles ne dépendent pas d'une autre cause, et c'est l'utérus qui doit souvent alors nous rendre compte de ces divers phénomènes.

La névralgie qui a son siége au niveau du sacrum, pourrait faire croire au début d'un mal de Pott, mais un examen attentif lèvera immédiatement tous les doutes.

5° *Diagnostic des deux périodes de la maladie.*

1re PÉRIODE.	2e PÉRIODE.
Utérus plus volumineux.	Généralement moins volumineux.
Sensation de mollesse. Utérus comme œdémateux.	La dureté remplace la mollesse.
L'utérus se laisse facilement déprimer ou replier.	L'utérus est plus lourd, ne se laisse plus replier.
Surface rouge, livide, souvent saignante.	Surface présentant des plaques jaunâtres.
Métrorrhagies assez fréquentes.	La métrorrhagie disparaît et est remplacée par de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée.

Quant au diagnostic des ulcérations inflammatoires du col avec celles qui dépendent de la syphilis et du cancer, nous ne le tenterons pas ici ; nous nous réservons de faire cette étude dans le chapitre des ulcérations du col.

§ V. — Marche, durée, terminaisons.

Quelquefois la maladie succède à la forme aiguë, mais bien plus souvent elle est chronique d'emblée.

La maladie présente, de temps à autre, des recrudescences, des poussées inflammatoires qui surviennent au moment où la maladie paraissait entrer en résolution. Ces recrudescences, que Aran appelait des périodes de rajeunissement de la maladie, se montrent surtout sous l'influence des époques menstruelles, d'une fatigue, d'un accouchement, d'un avortement ou de la ménopause. Ce retour de la maladie à l'état aigu est très-favorable à la guérison, par suite de la résorption des éléments qui ont proliféré dans l'épaisseur du tissu. Cette modification survient même assez souvent à la suite de l'accouchement pour que l'on ait pu considérer la grossesse comme favorable à l'issue de la maladie, quand on a la chance que cette grossesse parvienne à terme; car le plus souvent, la conception est empêchée, l'ovule ne trouvant pas dans l'utérus enflammé, un milieu favorable à son développement ; ou quand cette conception a lieu, il survient en général un avortement dès les premiers temps de la grossesse.

La durée de la maladie est indéterminée ; elle se prolonge des mois et des années. Certains auteurs regardent la guérison comme impossible, tandis que d'autres admettent qu'elle peut avoir lieu. Mais, à ce sujet, on doit entendre par guérison la disparition des symptômes qui gênent les malades, bien que l'utérus n'ait pas toujours repris sa structure normale et qu'il reste pour la plupart du temps sclérosé. On le voit, la guérison a lieu au point de vue de la disparition des symptômes, tandis qu'elle n'est généralement qu'incomplète au point de vue anatomique. Quant à la terminaison par cancer, admise autrefois, puis rejetée, elle tend aujourd'hui, en face des études histologiques modernes, à être acceptée de nouveau

comme possible. La métrite chronique s'accompagne en effet très-souvent de l'ulcération des papilles qui deviennent fongueuses, végétantes. C'est cette ulcération qui, d'après de Scanzoni et d'autres auteurs, peut se transformer en cancroïde, en tumeur en chou-fleur ou même en véritable cancer encéphaloïde.

§ VI. — Traitement.

Le traitement de la métrite chronique consiste à faire disparaître les symptômes locaux ou généraux qui incommodent les malades, sans s'inquiéter d'ailleurs de l'état anatomique qui pourra subsister du côté de l'utérus.

Dans l'étude du traitement de cette maladie, nous adopterons la classification qui a été admise par M. Gallard; nous étudierons successivement le traitement dirigé 1° contre la métrite elle-même; 2° contre les complications; 3° contre l'état général (1).

I. **Traitement de la métrite.**—Les moyens employés contre l'inflammation de l'utérus sont de deux ordres; les agents modificateurs généraux et les agents modificateurs locaux. Les modificateurs généraux qu'on a surtout recherchés, sont ceux qui paraissent agir non-seulement sur l'ensemble de l'organisme, mais en même temps sur l'organe malade, tandis que les seconds agissent directement sur l'utérus.

A. *Agents modificateurs généraux.* — Les agents modificateurs généraux que l'on a employés dans la métrite chronique sont :

a. *Antiphlogistiques.* — En premier lieu il faut placer la *saignée générale*, mais ce moyen, bon quelquefois dans la forme aiguë, n'est jamais indiqué dans la forme chronique. L'usage de la saignée générale est du reste peu rationnel dans une maladie qui trouble si profondément l'état général.

Les *bains tièdes* peuvent être rangés parmi les antiphlogistiques, leur emploi est surtout excellent quand surviennent ces recrudescences de la maladie que nous avons signalées.

b. *Altérants* et *fondants.* — Parmi les médicaments qui ont été employés comme altérants, il faut citer le *tartre stibié*, les *mercuriaux*, à l'intérieur ou à l'extérieur sous forme d'onguent napolitain, mais ces moyens ont paru peu efficaces et produisent souvent un affaiblissement marqué, très-préjudiciable à la malade.

L'*iode* a paru dans certains cas d'une efficacité incontestable, surtout dans les cas où l'utérus est volumineux; on a ainsi employé l'iode ou ses composés. L'iodure de fer est surtout indiqué à cause de son action en même temps reconstituante.

Le *seigle ergoté* a été aussi employé comme résolutif, dans le but de

(1) Gallard, *Leçons clinic. sur les mal. des femmes.* 1873.

déterminer des contractions des fibres musculaires, destinées à réveiller la vitalité du tissu et de provoquer la résorption des exsudats épanchés dans l'épaisseur du parenchyme ; mais ce médicament, qui a une grande valeur, ne doit être employé, comme le fait remarquer M. Gallard, que dans la première période de la maladie et quand surtout il n'existe pas de phlegmasie concomitante de la muqueuse, car alors il produit des froissements de la muqueuse très-douloureux et même nuisibles. Quand ce médicament est employé à temps, il peut produire d'excellents résultats et même la guérison ; on l'administre sous forme de poudre, à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour et l'on en continue l'usage pendant 8 à dix jours, pour l'interrompre pendant un temps égal, et y revenir plus tard. On peut remplacer la poudre par des pilules contenant 30 à 50 centigrammes d'ergotine. L'usage de l'ergot de seigle doit être interrompu, quand il survient des coliques persistantes et douloureuses.

La *digitale* déterminerait aussi suivant West des contractions de l'organe, elle pourrait donc être employée à ce point de vue ; mais son action se résume bien plutôt dans le ralentissement de la circulation qui détermine une diminution de l'afflux sanguin et la disparition des hémorrhagies quand elles existent.

Récemment M. le docteur Bartharez a publié une thèse intéressante sur l'action du *sulfate de quinine* dans les hémorrhagies utérines. D'après cet auteur, le sulfate de quinine agirait, non-seulement en faisant contracter les fibres musculaires lisses des capillaires, mais aussi les fibres musculaires de l'utérus ; à ce point de vue, ce médicament doit être mis à côté du seigle ergoté (1).

Les *alcalins* à titre d'altérants ont aussi été employés dans la métrite chronique. C'est sous forme de bains et de boissons qu'ils ont été administrés. Les alcalins sont bons, surtout quand la période de congestion a disparu et au moment où se fait le passage de la première à la seconde période. On peut conseiller dans ce cas le séjour *à Vichy* et l'usage de l'eau provenant de la *source de l'Hôpital* et surtout du *puits Lardy* qui contient une certaine quantité de fer ; l'usage de bains avec 250 grammes de bicarbonate de soude ou de sous-carbonate de soude, et avec le sel de Pennès.

Les *eaux chlorurées-sodiques*, les *bains de mer* ou avec le sel marin peuvent être employés, mais surtout dans la deuxième période de la maladie, quand il s'agit surtout de reconstituer l'état général des malades.

Quant à la *cura famis* introduite par Vasalva dans le traitement de l'hypertrophie du cœur et des anévrysmes et que Aran a préconisée dans la métrite chronique, nous pensons qu'elle doit être absolument rejetée dans une maladie qui conduit si vite par elle-même à un degré prononcé de chloro-anémie.

(1) J. Bartharez, *Du traitement des hémorrhagies de la matrice par le sulfate de quinine*, thèse. 1872.

c. *Dérivatifs et révulsifs.* — Les médicaments compris dans cette catégorie s'adressent à l'augmentation de volume de l'utérus, mais surtout à l'état inflammatoire.

Les dérivatifs internes sont les *purgatifs*, ils sont surtout indiqués à cause de la constipation qui existe si souvent. On pourra alors administrer les eaux légèrement purgatives telles que celles de *Salins*, de *Bourbonne*, de *Miers*, de *Friedrichshall*, de *Pullna*.

Quant aux révulsifs externes, ils paraissent plus utiles dans les maladies du voisinage de l'utérus que dans la métrite elle-même. — Les révulsifs qu'on a employés sont la teinture d'iode, l'huile de croton-tiglium, les vésicatoires appliqués sur l'hypogastre.

B. *Agents modificateurs locaux.* — Ces agents peuvent être divisés en deux classes :

1° Ceux qui sont dirigés contre les lésions du parenchyme et 2° ceux qui sont dirigés contre les lésions de la muqueuse.

1° *Moyens dirigés contre les lésions du parenchyme.* — Nous retrouvons de nouveau ici les *antiphlogistiques*, *sangsues*, *ventouses appliquées sur le col.* Les émissions sanguines locales sont surtout utiles à la période de congestion ou quand il survient des poussées aiguës. C'est principalement aux sangsues qu'on doit avoir alors recours. Elles seront appliquées au nombre de quatre ou six. En général c'est au moment des règles ou dans les trois ou quatre jours qui précèdent, que ces applications sont utiles. Les règles sont alors moins douloureuses et moins abondantes. Cette déplétion sanguine locale diminue la congestion de l'utérus et empêche la poussée inflammatoire qui tend à se produire. L'usage des sangsues devra être continué, tant que les époques restent douloureuses.

Certains auteurs ont préconisé les *scarifications sur le col*, mais ce moyen est difficile à employer et il n'a pas d'avantage sur les sangsues.

Les bains locaux sous forme d'*injections* sont utiles. Les injections devront être prolongées pendant un certain temps et pratiquées la malade étant au lit.

Les *cataplasmes vaginaux*, très-employés il y a un certain nombre d'années, méritent peut-être d'être utilisés de nouveau.

Les *révulsifs* appliqués sur le col ont aussi été employés. Aran appliquait des vésicatoires sur le col, mais ce moyen ne paraît pas avoir été couronné de succès.

Un moyen qui peut produire de bons résultats et auquel il est utile de recourir surtout quand le col est gros, ce qui indique qu'il s'est fait une exsudation considérable dans l'épaisseur du parenchyme, c'est le *cautère actuel.* — La cautérisation au fer rouge ranime la vitalité du tissu et hâte la résorption des exsudats ; d'où résulte une diminution notable du volume de l'organe. Le fer doit être au rouge-blanc, et la cautérisation ne doit pas être renouvelée avant 10 à 15 jours, temps que met l'eschare à se détacher. L'emploi du cautère actuel est contre-indiqué toutes les fois qu'il

existe quelque complication phlegmasique du côté des organes voisins.

On a aussi employé d'autres caustiques, tels que le *caustique Filhos*, la *potasse*, la *pâte de Vienne*. Ces caustiques agissent de la même manière que le fer rouge, mais ils ont l'inconvénient de fuser et d'atteindre des parties sur lesquelles la cautérisation ne doit pas porter.

L'*iodure de potassium* introduit dans un sachet d'ouate et porté sur le col de l'utérus, peut être employé surtout dans les cas où le col est volumineux.

On peut encore se servir de l'*électricité* dans le but de solliciter la contraction des fibres musculaires et surtout en vue de favoriser la nutrition et la résorption des produits de nouvelle formation. Ce moyen devra être employé de préférence dans la seconde période de la maladie. On introduira une tige métallique dans la cavité utérine, laquelle sera recouverte d'une couche de vernis ou d'une sonde en gomme dans la partie qui traverse le vagin, afin d'empêcher le passage du courant en ce point. Cette tige communiquera de préférence avec le pôle positif de la pile; le pôle négatif formé par un disque de charbon bon conducteur, sera appliqué sur une compresse imbibée d'eau rendue conductrice par l'addition d'un peu de sel ou de vinaigre et placée sur la région hypogastrique. La disposition des pôles, telle que nous venons de l'indiquer, présente un certain intérêt, car on sait que le courant électrique, en traversant un liquide peu conducteur, entraîne ce liquide du pôle positif au pôle négatif.

La pile dont on se servira doit avoir une très-faible intensité, afin d'éviter de produire la décomposition de la partie en contact avec la tige métallique, par le passage du courant de la pile. Un ou deux éléments de la pile de Caillaud et Trouvé ou de la pile Leclanché, seront ordinairement suffisants. On devra faire passer le courant au moins pendant une heure ou deux et recommencer chaque jour son emploi.

2° *Moyens dirigés contre les lésions de la muqueuse.* — Aran, considérant les ulcérations du col comme un accident de la métrite chronique, conseillait de ne pas s'en occuper ; nous pensons cependant, avec la plupart des auteurs modernes, que s'il n'y a pas lieu de s'en occuper d'une façon trop exclusive, il faut cependant ne pas les négliger complétement; le même agent thérapeutique qui modifiera l'ulcération, agira aussi sur le parenchyme.

Nous ne passerons pas ici en revue les divers moyens qui ont été employés contre l'ulcération, nous étudierons ces moyens quand nous nous occuperons de l'ulcération en particulier.

Quant aux polypes muqueux et aux œufs de Naboth, il est utile de les enlever, on doit alors avoir recours à l'emploi des ciseaux, du bistouri ou de la torsion à l'aide de pinces; quelquefois il sera nécessaire d'employer le constricteur de M. Maisonneuve. Si les kystes situés dans la cavité du col ne sont pas pédiculisés, on pourra les inciser en introduisant un bistouri boutonné dans le col.

Si la cavité de l'utérus participe à l'inflammation et s'il existe des fongosités, on aura recours aux injections intra-utérines avec le nitrate d'argent, le perchlorure de fer ou la teinture d'iode, en prenant les précautions que nous avons indiquées quand nous avons parlé de la métrite interne ou muqueuse.

II. **Traitement des complications.** — La *métrorrhagie*, quand elle existe, sera combattue à l'aide des divers moyens que nous avons indiqués.

Le *prurit vulvaire* réclame l'emploi de bains, de lotions d'eau froide ; mais ces moyens ne sont pas toujours suffisants, surtout si la vulve est rouge, enflammée ; on doit alors saupoudrer les parties avec de la poudre d'amidon et de bismuth. Quelquefois on se trouvera bien d'une pommade au précipité blanc, ou mieux encore de la solution suivante :

℞ Sublimé	} ãã	1 décigr.
Chlorhydrate de morphine		
Eau		250 gr.

Mêlez.

La *gastralgie* sera combattue à l'aide des *narcotiques*, on administrera 10 à 20 centigrammes d'extrait thébaïque ; mais ce médicament a l'inconvénient de produire quelquefois de l'anorexie.

M. Gallard donne alors assez souvent une mixture qu'il désigne sous le nom de *gouttes blanches* et qui a pour formule :

℞ Chlorhydrate de morphine	10 centigr.
Eau de laurier-cerise	5 gr.

Mêlez.

Une goutte avant chaque repas, sur un morceau de sucre.

La *pepsine* peut aussi être employée.

Quelquefois les liqueurs aromatiques après le repas, *elixir de Garus*, *chartreuse*, *kirsch*, *curaçao*, rendent de réels services.

Les condiments, les épices tels que *gingembre*, *cannelle*, *girofle*, mélangés aux aliments, peuvent être parfois utiles.

Citons encore la poudre de *noix vomique*, de *jusquiame*.

Quant à l'*aménorrhée*, elle sera avantageusement combattue par les *ferrugineux*, le *quinquina*. La *dysménorrhée* par les bains, les cataplasmes émollients, les sangsues sur le col.

On aura recours, contre la *constipation*, aux purgatifs légers, tels que rhubarbe, magnésie, eaux purgatives, contre le *ténesme rectal*, aux lavements émollients et laudanisés, contre la *dysurie* et le *ténesme vésical*, aux boissons émollientes, mucilagineuses.

III. **Traitement de l'état général.** — Contre l'état général des malades on aura recours aux toniques, aux reconstituants, au fer, au vin de quinquina, aux aliments réparateurs, viande, vins généreux.

En tête des moyens à employer comme reconstituants, nous devons placer l'*hydrothérapie* et les bains de mer. L'eau froide, appliquée à la surface du corps pendant 25 à 30 secondes seulement, agit en déterminant un afflux considérable du sang vers la peau, et active ainsi la circulation périphérique, en même temps qu'elle décongestionne les organes internes. Il est vrai que la première action de l'eau froide est de contracter les vaisseaux de la peau, mais nous devons remarquer que ce premier effet est d'une durée moindre que la congestion qui lui succède et que dès lors, la décongestion des organes internes l'emporte sur la congestion de ces mêmes organes.

On pourra encore ordonner les eaux chlorurées, telles que celles de Balaruc, de Bourbonne, de la Bourboule, cette dernière surtout à cause d'une certaine quantité d'arsenic.

Les eaux ferrugineuses de Luxeuil, d'Orezza, de Forges-les-Eaux, de Spa, sont d'une efficacité incontestable dans un grand nombre de cas.

Mais l'emploi de ces eaux minérales, de l'hydrothérapie et des bains de mer, convient seulement dans la seconde période de la maladie, alors que tout élément inflammatoire aigu a disparu.

L'hygiène des femmes devra être surveillée avec attention. Les femmes devront éviter la fatigue ; il leur sera cependant bon de prendre un peu d'exercice et de séjourner à la campagne, elles devront porter une ceinture abdominale.

Quant aux rapprochements sexuels, M. Gallard pense qu'ils ne doivent pas être interdits d'une façon complète, et qu'il est même avantageux de laisser pratiquer le coït dans la deuxième période de la maladie, à cause d'une certaine stimulation qu'il détermine et qui peut hâter la résorption des exsudats qui se sont produits dans le parenchyme.

Quant à la question de savoir si le médecin doit permettre le mariage chez une jeune fille atteinte de métrite chronique, le même auteur pense que, bien qu'on ne doive pas le conseiller, on ne doit pas cependant absolument l'interdire; mais on devra bien se garder d'annoncer qu'il pourra amener la guérison.]]

CHAPITRE XI

ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS

[[Les ulcérations du col de l'utérus sont des solutions de continuité de la surface de la muqueuse, dépendantes de causes variées.

Nous ne ferons pas ici, à propos de ces ulcérations, une description complète des maladies auxquelles elles se rattachent, cette étude devant être faite en même temps que la maladie principale qui leur a

donné naissance ; mais il est des particularités qu'il est important de connaître et que nous allons passer en revue. Nous étudierons aussi plus spécialement l'ulcération inflammatoire simple et nous ne parlerons guère des autres espèces d'ulcérations qu'au point de vue de leur diagnostic avec l'ulcération inflammatoire.

Cela dit, nous admettrons, au point de vue étiologique, trois classes d'ulcérations : 1° les ulcérations d'origine inflammatoire ; — 2° les ulcérations syphilitiques ; — 3° les ulcérations cancéreuses.

ARTICLE PREMIER

ULCÉRATIONS D'ORIGINE INFLAMMATOIRE

Avant d'aborder l'étude des ulcérations inflammatoires du col, il doit être bien entendu, que si nous décrivons ici ces ulcérations à part, nous les considérons néanmoins comme un *symptôme* de la métrite chronique et non comme une entité morbide.

L'ulcération qui va maintenant faire le sujet de notre étude résulte, ainsi que nous l'avons dit, de l'inflammation des follicules mucipares ; aussi est-il rationnel de faire précéder l'étude de l'ulcération, de celle de la folliculite du col.

L'inflammation des follicules mucipares se présente sous forme de *granulations*. C'est à Boivin et Dugès (1), Duparcque (2) et Lisfranc (3) que l'on doit les premières notions sur cette forme d'inflammation. Depuis

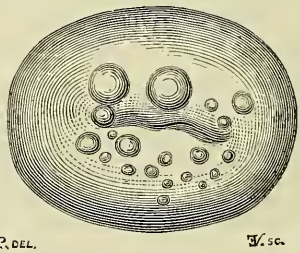


Fig. 76 et 77. — Follicules du col de l'utérus enflammés et tuméfiés, mais non encore ulcérés (d'après Becquerel).

leurs écrits, les granulations ont été observées par tous les médecins qui se sont occupés des maladies des femmes ; mais ces granulations, considérées par ces auteurs comme une affection spéciale, ne sont en réalité, ainsi que l'ont démontré Huguier et Alph. Robert, que des follicules mu-

(1) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. 1833, t. II, p. 332.
(2) Duparcque, *Traité théorique et pratique sur les ulcérations organiques de la matrice*, p. 84.
(3) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*. 1836, p. 334.

cipares enflammés. Cette inflammation des follicules a été décrite sous les noms d'*inflammation granuleuse* et de *folliculite du col.*

Ces granulations à peine saillantes au-dessus de la muqueuse, présentent un volume qui varie depuis un grain de sable fin jusqu'à un grain de millet (fig. 76 et 77). Quelquefois leur volume est un peu plus considérable et M. Fleetwood Churchill rapporte qu'il a vu de ces granulations qui avaient le volume d'un pois et ressemblaient à une pustule de variole.

Ces granulations se présentent tantôt sous forme d'un petit point rouge, d'autres fois blanchâtre.

Lorsque la glande est trop distendue par les produits de sécrétion, elle finit par se rompre et laisse subsister à sa place une petite ulcération que l'on désigne sous le nom d'*ulcération folliculaire*, et la preuve que ces ulcérations résultent bien de la rupture des granulations, c'est qu'il suffit, avec la pointe d'un bistouri, de rompre une de ces granulations, pour observer une petite ulcération en tous points semblable aux ulcérations isolées que l'on rencontre souvent sur le col.

Supposons maintenant que les ulcérations soient assez rapprochées, pour que leurs bords puissent se toucher et nous avons dès lors sous les yeux une surface ulcérée d'une étendue variable, suivant le nombre de follicules qui prennent part à l'ulcération.

Certains auteurs ont exagéré considérablement l'importance de ces ulcérations, ils les regardent comme une entité morbide, tandis qu'en réalité, elles ne doivent être considérées que comme un produit de l'inflammation. Cette exagération était due à la facilité avec laquelle on les mettait à découvert, à l'aide du spéculum ; il résultait de là que l'on regardait comme maladie principale, ce qui n'était que secondaire et accessoire. Mais depuis un certain temps, il se fait une réaction salutaire et l'on tend à considérer l'ulcération comme le résultat d'un état phlegmasique chronique, contre lequel notre traitement doit être dirigé, bien plutôt que contre l'ulcération elle-même. Ce mode de production de l'ulcération une fois connu, examinons ses caractères anatomiques.

§ I. — Anatomie pathologique.

L'ulcération inflammatoire que l'on a décrite aussi sous le nom d'*érosion du col*, d'*exulcération*, se présente sous la forme d'une solution de continuité rougeâtre, légèrement tomenteuse, sans saillie à la surface du col. Elle siége toujours au pourtour de l'orifice du col et s'étend plus ou moins sur la surface du museau de tanche (fig. 78).

Quelquefois elle recouvre complétement cette surface jusqu'à ses insertions vaginales. Quand elle n'envahit pas toute la surface du col, elle siége plus souvent sur la lèvre postérieure que sur l'antérieure ; néanmoins il n'est pas rare de la voir plus étendue sur la lèvre antérieure (fig. 79) et même siéger exclusivement de ce côté. Très-souvent, l'ulcé-

ration franchit l'orifice externe du col, et pénètre plus ou moins dans sa cavité. On trouve ordinairement le col gros et l'orifice externe dilaté.

Dans certains cas la surface ulcérée devient végétante, bourgeonnante, fongueuse ; ces divers états correspondent à ceux que les auteurs ont décrits sous les noms d'ulcérations papillaires, en chou-fleur, en crête de coq, et qu'ils ont considérés comme des espèces différentes d'ulcérations.

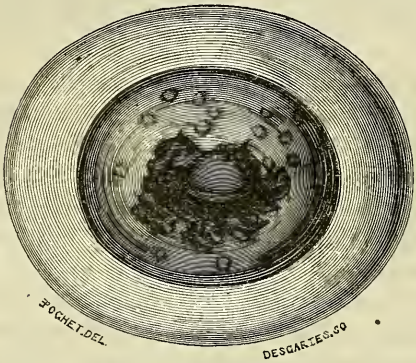


Fig. 78. — Ulcération folliculaire du col de l'utérus. — Granulations folliculaires disséminées au pourtour des parties ulcérées. (Boivin et Dugès, *Atlas*, p. XXVII, fig. 2.)

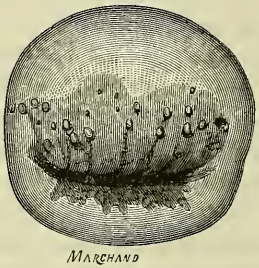


Fig. 79. — Ulcération folliculaire occupant une beaucoup plus grande étendue de la lèvre antérieure que de la postérieure du museau de tanche. (D'après Becquerel.)

Cet aspect différent tient à ce que les papilles de la muqueuse prennent part à l'inflammation et viennent imprimer alors un cachet spécial à la maladie. Cette inflammation des papilles, qui pour nous est secondaire, a pu être considérée comme primitive par certains auteurs; Scanzoni pense en effet que cette inflammation des papilles est fréquemment l'origine des ulcérations.

Cette manière de voir, qui consiste à regarder l'inflammation des papilles comme étant souvent l'origine de certaines ulcérations, ne nous paraît pas rigoureusement vraie et en cela nous nous appuyons sur l'autorité considérable de M. Gallard : « Que les papilles soient enflammées, dit-il, que même leur inflammation imprime un caractère particulier à l'ulcération, au fond de laquelle elles se trouvent à nu par suite de l'exfoliation de l'épiderme, c'est ce qui ne saurait être contesté. — Que par suite de leur tuméfaction et de leur richesse vasculaire, elles contribuent à rendre ces ulcérations plus fongueuses et plus facilement saignantes, cela se conçoit encore à merveille. Mais que la seule inflammation de ces papilles conduise à l'ulcération, c'est ce qu'on n'a pas démontré ; c'est ce que l'analogie tend à faire repousser, car dans le vagin, où les papilles sont nombreuses et où l'on ne trouve pas de follicules mucipares, l'ulcération ne se produit jamais sous l'influence des vaginites les plus intenses, ni des leucorrhées les plus rebelles, de celles qui conduisent à la vaginite granuleuse ; — c'est ce que l'observation des faits contredit également,

car, dans tous les cas, l'ulcération du col existe à son maximum d'intensité au pourtour de l'orifice où les follicules sont les plus abondants et ne débute jamais sur la circonférence externe du col au niveau de l'insertion du vagin, là où les follicules deviennent plus rares et où les papilles prédominent. Enfin les auteurs eux-mêmes qui veulent nous faire accepter cette variété d'ulcération papillaire, reconnaissent que, même au milieu des papilles enflammées et hypertrophiées, on retrouve souvent des follicules enflammés.

« Je me demande s'il ne serait pas plus logique de penser que ce sont là deux degrés, deux phases successives du même travail morbide? J'ai quelques raisons de penser que l'ulcération du col débute toujours par une inflammation des follicules mucipares; puis que, les follicules étant une fois ulcérés et détruits, tant par la suppuration que par l'extension du travail ulcératif dont leur cavité a été le point de départ, les papilles se trouvent mises à nu et deviennent alors la seule base de l'ulcération après la disparition des follicules.

« C'est ainsi que je m'explique les formes des ulcérations papillaires qui ont une grande tendance à se boursoufler, à bourgeonner, à former au-dessus du niveau de la muqueuse des végétations ou des excroissances d'un rouge plus ou moins vif, saignant au moindre attouchement, qui constituent les ulcérations fongueuses, les ulcérations en choux-fleurs et en crêtes de coq. Ces ulcérations se montrent donc à une période plus avancée de l'inflammation et ne constituent pas le moins du monde une forme spéciale de la maladie (1). »

D'autres fois, les ulcérations prennent une teinte un peu violacée, et l'on voit à la surface du col ramper quelques veines gorgées de sang. Cette variété, que l'on a désignée sous le nom d'*ulcérations variqueuses* et que quelques auteurs ont considérées comme une espèce spéciale, se rencontrent toujours sur des utérus enflammés. Elles sont dues à la vascularisation considérable de la muqueuse et à une gêne locale de la circulation sous l'influence de l'inflammation.

Nous rapprocherons de cette variété les *ulcérations de la grossesse* qui, comme elles, dépendent aussi d'une inflammation chronique due à la gêne apportée dans la circulation utérine par la présence du produit de la conception.

§ II. — Causes.

L'ulcération résulte, avons-nous dit, de la rupture des follicules enflammés, et ce qui prouve bien que telle est en effet l'origine des ulcérations, c'est que sur les limites de la surface ulcérée, on aperçoit presque toujours quelques granulations isolées non encore ulcérées et d'autres qui se sont déjà rompues.

(1) Gallard, *Leçons clin. sur les malad. des femmes.* 1873, p. 285.

Certains auteurs ont voulu faire jouer à la leucorrhée un rôle important dans le développement des ulcérations ; ils admettent que l'ulcération serait due alors à l'action irritante du produit de sécrétion sur la muqueuse du col. On s'est fondé, pour admettre ce fait, sur la présence plus fréquente de l'ulcération sur la lèvre postérieure, là où le contact de la leucorrhée serait plus immédiat ; mais alors comment expliquer les cas où l'ulcération siége sur la lèvre antérieure ? De plus, en admettant que la leucorrhée puisse avoir une action marquée, l'ulcération ne pourrait s'expliquer que par l'inflammation préalable de la muqueuse; d'où il résulte qu'il est bien plus rationnel de supposer que l'ulcération est le résultat de l'inflammation au même titre que la leucorrhée.

On a encore accusé le coït de déterminer l'ulcération du col en produisant un certain traumatisme de l'organe. Il nous suffit, pour réfuter cette opinion, de rappeler que ces ulcérations se rencontrent quelquefois chez les filles vierges, et d'ailleurs l'effet du traumatisme ne serait-il pas de développer une inflammation préalable.

Quant au frottement du col contre les parois du vagin qui a été aussi invoqué comme cause de l'ulcération, nous ne pensons pas qu'il puisse avoir une action marquée, et, du reste, on ne pourrait se rendre compte de la lésion qu'en admettant l'inflammation primitive de la muqueuse.

§ III. — Symptômes.

Le toucher permet de reconnaître la présence de l'ulcération, le doigt rencontre une surface légèrement rugueuse, un peu mollasse, un col gros, l'orifice du col légèrement entr'ouvert.

Le spéculum met à découvert la surface ulcérée et permet de reconnaître les divers aspects que nous avons signalés à l'anatomie pathologique. Le regard peut assez facilement pénétrer dans le col qui est entr'ouvert, surtout si l'on a soin de se servir du spéculum de Ricord qui permet, en écartant assez fortement les valves de l'instrument, de dilater cet orifice. — M. Meyer (de Berlin) a pensé que cette coloration rouge, que l'on observe du côté du col, n'est point morbide, mais la coloration normale de la muqueuse du col ; c'est là une erreur, car il suffit d'examiner un col sain pour voir que la muqueuse à l'état normal est rosée et non pas rouge.

Aran pensait que les ulcérations de la surface externe du museau de tanche pénétraient rarement dans la cavité du col ; il admettait que, 99 fois sur 100, l'ulcération ne revêtait que la surface externe. M. Gallard pense au contraire que, dans l'immense majorité des cas, le col est en même temps ulcéré.

On a voulu reconnaître les ulcérations du col, à l'aide de spéculums que l'on a désignés sous le nom de spéculums intra-utérins ; mais ces instru-

ments sont de trop petit calibre, et le faisceau lumineux qui pénètre dans l'intérieur de la cavité n'est pas suffisant pour permettre de bien juger de l'état de la muqueuse.

On a encore cherché à se rendre compte de l'état des parties à l'aide de l'endoscope de M. Desormeaux (1). M. Gallard, qui s'est servi à plusieurs reprises de cet instrument, n'a pu arriver à des résultats satisfaisants, à cause de la présence du sang qui s'écoule de la muqueuse, dès que l'on introduit l'instrument, et qui vient obstruer l'orifice de la sonde.

Ces divers instruments sont d'ailleurs le plus souvent inutiles, car la dilatation du col est suffisante, quand on se sert du speculum de Ricord, pour observer l'intérieur du col.

Outre ces caractères, on observe encore de la leucorrhée qui est due à la suppuration de la surface ulcérée et à l'hypersécrétion des glandes.

Il existe aussi assez souvent un peu de douleur, une certaine pesanteur à l'hypogastre ou au périnée, une augmentation de volume, non-seulement du col, mais aussi du corps de l'utérus, symptômes qui doivent être mis sur le compte de la métrite chronique, de laquelle dépend l'ulcération.

§ IV. — Diagnostic.

Le diagnostic doit être fait avec les ulcérations d'origine syphilitique et avec les ulcérations cancéreuses, nous nous occuperons de ce diagnostic quand nous parlerons de l'une ou l'autre de ces lésions.

Quant aux ulcérations herpétiques, scorbutiques, scrofuleuses et même tuberculeuses, nous ne pensons pas que ce diagnostic doive nous arrêter, les ulcérations qui naissent sous l'influence de ces maladies ne présentant pas de différences suffisantes qui nous permettent de les distinguer.

Les ulcérations herpétiques qui ont été décrites par certains auteurs comme une espèce à part, résulteraient d'après eux, d'éruptions diverses, telles que vésicules d'herpès, eczéma simple ou impétigineux, pemphygus. M. Noël Gueneau de Mussy (2), et M. Courty s'efforcent de trouver des caractères propres aux ulcérations qui se développent sous l'influence de cette diathèse, mais les caractères qu'ils assignent à ces lésions de caractère spécifique, ne nous paraissent pas différer sensiblement des lésions qui dépendent de l'inflammation simple.

Quant aux ulcérations scorbutiques qui seraient caractérisées, d'après M. Courty, par leur couleur violacée, leurs fongosités, leur mollesse, leur facilité à saigner, nous ne voyons pas que cette description diffère sensiblement de celle que nous avons donnée pour l'ulcération inflammatoire, désignée sous le nom d'ulcération variqueuse, ou d'ulcération de la grossesse, et qui est fongueuse, violacée, saignante.

(1) Desormeaux, *De l'endoscope*. Paris, 1865.

(2) N. Gueneau de Mussy, *Herpétisme utérin ou affections herpétiformes de l'utérus* (*Archives de médecine*, octobre et novembre 1871).

La preuve du reste que cette ulcération n'a rien de spécifique, c'est qu'il n'est pas rare de voir la même femme présenter pendant sa grossesse une ulcération scorbutique et le mois suivant une ulcération simple, après que l'accouchement s'est effectué et que la stase sanguine a cessé.

Les ulcérations scrofuleuses présenteraient, d'après le même auteur, des bords décollés, baveux, s'étendant souvent assez loin sur les deux lèvres du col. M. Gallard, qui dans sa pratique hospitalière a pu examiner de nombreux cas d'ulcérations du col chez des femmes scrofuleuses, déclare n'avoir jamais vu cette diathèse imprimer un cachet particulier aux ulcérations, quand elles se développent chez ces femmes. Enfin les ulcères tuberculeux, considérés comme très-rares par M. Courty, n'ont jamais été observés par M. Gallard.

Sans nier que les diathèses herpétique, scorbutique, ou scrofuleuse, puissent avoir une influence sur le développement plus fréquent et sur la marche des ulcérations du col, nous ne pouvons admettre les différences qu'on a voulu leur assigner et qui permettent de les distinguer l'une de l'autre par le simple examen de la partie ulcérée. A ce point de vue, nous sommes de l'avis de M. Gallard, qui admet qu'en dehors de l'inflammation, les seules maladies diathésiques qui peuvent déterminer une ulcération du col, sont la syphilis et le cancer.

Nous sommes conduits d'après cette manière de voir à ranger les ulcérations qui précèdent parmi les ulcérations d'origine purement inflammatoire, tout en reconnaissant cependant, que les lésions de la muqueuse sont plus fréquentes chez les femmes affectées d'une des diathèses que nous venons de passer en revue, que chez celles qui en sont exemptes.

§ V. — Pronostic, marche, durée, terminaisons.

Les ulcérations inflammatoires du col ne sont pas graves par elles-mêmes, mais elles sont importantes en ce qu'elles indiquent un état inflammatoire chronique, contre lequel on devra surtout diriger le traitement.

La durée de ces ulcérations est très-variable, on les voit parfois disparaître sans que la métrite chronique dont elles dépendent, soit sensiblement modifiée, puis reparaître après un certain temps.

§ VI. — Traitement.

Avant d'entreprendre le traitement de l'ulcération, nous ferons remarquer que cette lésion n'étant qu'un symptôme de la métrite chronique, c'est surtout contre cette dernière que devra être dirigé le traitement. Néanmoins il est un certain nombre d'agents thérapeutiques, qui portés directement sur l'ulcération, paraissent aussi avoir une action marquée sur l'inflammation du parenchyme ; d'où il résulte que nous ne devons pas négliger d'y avoir recours.

On doit employer les *injections vaginales* dans le but de déterger la surface de l'ulcération. On peut recourir dans ce cas aux injections d'eau froide, de feuilles de noyer, d'écorces de chêne, d'eau blanche.

On a encore saupoudré la surface de l'ulcération avec du *sous-nitrate de bismuth*, de la *poudre d'amidon*, mêlés à un peu d'alun ou d'acétate de plomb cristallisé. Ces médicaments sont surtout utiles dans le cas de leucorrhée abondante ; mais leur action est ordinairement très-peu énergique.

Il est souvent utile d'avoir recours à des caustiques plus ou moins énergiques et qui doivent varier suivant les cas.

Le *nitrate d'argent* à l'état solide ou en solution au tiers ou au quart peut être employé utilement. La solution est surtout très-utile, parce qu'elle pénètre mieux dans les replis de la muqueuse. S'il s'agit d'agir dans l'intérieur du col, on devra employer un petit pinceau imbibé de la solution qui sera introduit dans la cavité de cet organe.

Le *nitrate acide de mercure* produit une cautérisation plus profonde. Il est surtout indiqué dans le cas d'ulcérations fongueuses. Mais il faut avoir soin de ne pas employer un pinceau contenant un excès de liquide qui pourrait fuser, et cautériser la muqueuse vaginale; il sera bon de faire, avant d'enlever le spéculum, une injection d'eau destinée à enlever l'excès de liquide. Il faut se rappeler, quand on fait usage de ce caustique, qu'il peut quelquefois déterminer de la salivation.

Les *acides sulfurique* et *azotique* ont été aussi employés ; il en est de même des *acides pyroligneux*, *acétique*, *chromique*. Ces liquides sont assez énergiques pour réclamer de grandes précautions. Il ne faut jamais négliger de faire une injection d'eau lorsque la cautérisation aura été effectuée.

Nous avons déjà parlé de l'emploi du *fer rouge* à propos de la lésion du parenchyme. On peut encore avoir recours à ce moyen, quand les ulcérations sont un peu fongueuses et le col volumineux.

Dans les cas légers, on se trouvera bien des applications de *teinture d'iode*, de *poudre d'iodoforme* qu'on porte sur le col à l'aide d'un insufflateur; ou de l'introduction de crayons de la même substance dans la cavité du col, qu'on maintient à l'aide d'un tampon d'ouate. On peut aussi employer avec avantage la solution de *perchlorure de fer*, principalement quand les ulcérations sont un peu saignantes.

Quant aux ulcérations de la *métrite virginale* et de la *grossesse*, certains auteurs pensent qu'il n'y a aucun traitement à leur appliquer ; d'autres, au contraire, veulent qu'on s'en occupe. Nous croyons qu'il y a avantage à employer contre elles, quelques caustiques légers, comme le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, l'alun. Certains auteurs ont même employé le fer rouge, dans les ulcérations de la grossesse, mais c'est un moyen énergique dont il est bon de s'abstenir, dans la crainte de provoquer un avortement.

ARTICLE II

ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES

La seconde espèce d'ulcérations que l'on constate du côté du col de l'utérus est celle qui dépend de la syphilis ; soit que l'on ait affaire à des accidents primitifs tels que chancres, ou à des accidents secondaires, tels que plaques muqueuses.

a. *Chancre.* — Le chancre mou est celui qui se présente ordinairement à notre observation ; quant au chancre induré, bien qu'ayant été constaté réellement, il est cependant regardé comme rare. M. Alphonse Guérin, sans nier la possibilité de l'induration, pense qu'elle peut être rarement perçue à l'aide du doigt introduit dans le vagin. M. Desprès (1) admet même que l'induration ne se produit jamais. Le fait de l'induration ne peut cependant être contesté, car Ricord l'a observé manifestement dans un cas où le col était saillant en dehors de la vulve.

Les chancres mous du col, bien que les plus fréquents, sont cependant assez souvent suivis d'accidents constitutionnels.

Les chancres mous se présentent sous forme d'ulcères à fond grisâtre, adhérent, à bords irréguliers, taillés à pic et entourés d'une légère auréole inflammatoire ; ordinairement multiples, ils se réunissent presque toujours après un certain temps, et peuvent devenir phagédéniques.

M. Bernutz (2) décrit une variété du chancre qu'il désigne sous le nom de *chancre diphthéritique*, et qui est caractérisé par une production couenneuse d'un gris jaunâtre, adhérente au fond de l'ulcère et limitée par des bords rouges, saillants, taillés à pic.

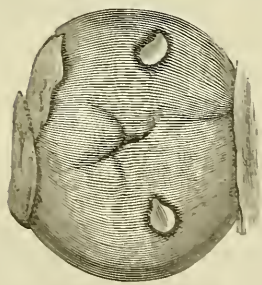


Fig. 80. — Chancres du col. (D'après Becquerel.)

Le même auteur décrit une autre forme qu'il appelle *chancre ulcéreux*, mais qu'il regarde comme très-rare. Dans cette forme le chancre creuse le col utérin, l'évide de la même façon qu'il le fait chez l'homme pour le méat urinaire.

Le chancre siége habituellement, non pas au sommet du col comme dans les ulcérations simples, mais sur un point variable (fig. 80) et principalement, comme le fait remarquer M. Marjolin, à l'union du vagin avec le col.

Dans certains cas, d'après MM. Bernutz et Courty, le chancre siége dans l'intérieur du col, et il faut dilater cet organe pour l'apercevoir.

(1) Armand Desprès, *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus.* 1870, p. 46.

(2) Bernutz, *Des affections syphilitiques de l'utérus* (*Union médicale*, 1855, p. 275).

Les caractères que nous avons assignés précédemment aux diverses variétés de chancres, peuvent s'effacer après un certain temps et l'ulcération prend alors l'aspect d'une ulcération inflammatoire simple, ou bien elle présente un développement de condylomes muqueux, de végétations qui reposent sur une base légèrement indurée qui pourrait faire croire à un cancroïde. Dans ces cas, la marche de la maladie peut seule mettre sur la voie du diagnostic.

On voit, dans certains cas, l'inoculation chancreuse se faire sur une ulcération inflammatoire préexistante; le chancre perd alors ses caractères principaux, mais la surface de l'ulcération devient en général molle, fongueuse et un peu grisâtre.

b. *Plaques muqueuses.* — La seconde espèce de lésion syphilitique qui se produit du côté du col, est la plaque muqueuse, caractérisée par une élévation de la surface ulcérée au-dessus du niveau de la muqueuse qui est d'un blanc nacré. — Un des caractères principaux de ces plaques muqueuses, c'est leur contagion. — Lorsque ces plaques muqueuses ont persisté un certain temps avec les caractères que nous leur avons assignés, elles changent ordinairement de caractère et sont remplacées par des ulcérations qu'il est très-difficile de distinguer d'une ulcération simple.

ARTICLE III

ULCÉRATIONS CANCÉREUSES

Il existe trois formes principales de cancer : l'épithélioma, le squirrhe et l'encéphaloïde; les deux dernières formes ne présentent aucune difficulté pour le diagnostic, car, au moment où l'ulcération se produit, le col est devenu volumineux, bosselé, irrégulier, présentant de véritables champignons; de plus il existe des adhérences avec les parties voisines, des destructions considérables des tissus et l'écoulement de l'ichor cancéreux avec son odeur caractéristique.

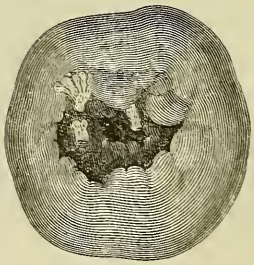


Fig. 81. — Ulcération cancéreuse du col. (D'après A. Desprès.)

Il n'en est pas de même de l'épithélioma, qui prend tantôt la forme ulcéreuse décrite sous le nom d'ulcère rongeant, et tantôt la forme végétante qu'on a désignée sous le nom d'excroissance en chou-fleur. La forme ulcéreuse doit être distinguée d'une ulcération simple, et la forme végétante des végétations simplement inflammatoires que l'on voit quelquefois se produire dans le cours de la métrite chronique. La forme ulcéreuse de l'épithélioma du col se présente avec des bords mamelonnés (fig. 81), violacés, par places indurés, avec une surface inégale, un aspect grisâtre et sanieux. L'ulcération saigne facilement. Le toucher mieux encore que

le spéculum révèle la véritable nature de l'affection ; le col est dur et se déchire, quand on presse sur l'orifice utérin. L'ulcération simple, au contraire, ne présente pas ces bords indurés, mamelonnés, sa surface est régulière, rosée, saignant moins facilement.

La forme végétante de l'épithélioma, qu'on a décrite aussi sous le nom d'excroissance en *chou-fleur*, est difficile à distinguer des fongosités, des végétations inflammatoires qui se développent dans certains cas de métrite chronique. Ces dernières se distinguent néanmoins du cancroïde, par l'absence d'induration à leur base et un développement plus régulier. De plus, elles se laissent détacher plus facilement et ne présentent point au microscope la présence de cellules de nature épidermique.

Les différences qui existent entre ces végétations de nature différente, peuvent s'effacer, surtout si l'on admet comme certains auteurs que les végétations de nature inflammatoire peuvent devenir cancéreuses.]]

CHAPITRE XII

UTÉRUS IRRITABLE

[[NÉVRALGIE UTÉRINE.]]

[[L'utérus irritable, décrit par Gooch, est aussi appelé *névralgie utérine* ou *hystéralgie*, *état nerveux de la matrice* par Lisfranc, et *rhumatisme de l'utérus* par les auteurs allemands.]]

Nous devons à Gooch une excellente description de cette maladie (1). Cet auteur définit cette affection, un état douloureux de l'utérus sans apparence de lésion et sans qu'il paraisse y avoir aucune tendance à ce qu'il s'en développe ultérieurement. Un fait de cette nature a été décrit par Valleix qui le considère comme un cas de névralgie de l'utérus ou plutôt comme une extension de la névralgie lombo-abdominale (2).

D'autres écrivains (3) ont considéré cette maladie comme une inflammation chronique. Sans mettre en doute le soin avec lequel ils ont fait leur diagnostic, il me semble que ces auteurs ont décrit une maladie probablement inflammatoire de l'utérus, mais complétement différente de celle qu'a étudiée Gooch. Certainement, dans les cas que j'ai observés, il n'y avait aucune raison pour admettre un élément inflammatoire.

(1) Gooch, *On the more important diseases peculiar to women*, 2e édit. London, 1831, p. 310.

(2) Valleix, *Sur une névralgie lombo-abdominale simulant une maladie de l'utérus* (*Bull. thérap.*, t. XXXII, 1847).

(3) Dewees, *Diseases of females*, p. 387. — Davis, *Obst. med.*, vol. I, p. 348. — Guilbert, *Considérations pratiques sur certaines affections de l'utérus*, 1825. — Scott, *Observ. on the irritable uterus.* (*Edinburgh med. Journ*, 1834.) — Montgommery, *Dublin Journal.* — *Cyclop. of practical medecine*, article *Utérus.*

F. Mackensie regarde cette affection comme *sympathique d'une irritation* survenue dans d'autres organes, et réfléchie sur les ganglions et les nerfs de l'utérus. Cette théorie est fondée sur un grand nombre de cas soigneusement analysés, et où il a pu constater l'influence considérable d'une irritation intestinale sur la production de cette maladie (1).

Les malades observées par Gooch étaient presque toutes des femmes mariées ; cependant on rencontre cette affection aussi chez des filles. Elle peut, dans les limites de la vie menstruelle, se produire à toute époque et chez des femmes de tempéraments très-différents.

§ I. — Causes.

Les causes les plus fréquentes sont :

1° L'exercice immodéré, pendant que l'utérus est dans un état d'irritation ou d'excitation; ainsi, par exemple, une longue marche pendant les règles, la fatigue après un avortement ou trop tôt après l'accouchement;

2° les excès de coït, ou l'usage d'injections astringentes mal à propos.

Telles sont les causes les plus évidentes ; mais cette affection peut survenir après une grande fatigue, des excès de danse, de veilles ou de longs voyages en voiture.

§ II. — Symptômes.

Il existe une douleur profonde à la partie inférieure de l'abdomen, dans le dos, les reins. L'intensité de la douleur est très-variable, mais elle est continue; elle augmente pendant la marche, dans la station debout ; elle diminue dans la position horizontale. Cette règle cependant peut souffrir quelques exceptions. Une de mes clientes atteinte de cette très douloureuse affection, et qui ne peut rester debout pendant cinq minutes sans éprouver les plus cruelles tortures, peut supporter un voyage en voiture pendant deux jours de suite, non-seulement sans inconvénient, mais encore avec grand avantage, à la condition qu'elle restera à demi étendue.

Quelquefois, il survient des paroxysmes, même lorsque la malade reste dans la position horizontale. La douleur est beaucoup plus vive pendant quelques jours avant les règles et pendant leur durée. Les cathartiques augmentent la souffrance des malades.

L'époque des règles revient régulièrement; peut-être avance-t-elle quelquefois d'un jour ou deux. La quantité de sang perdu varie fréquemment. Chez quelques femmes que j'ai soignées, elle était minime; chez d'autres, les règles étaient profuses. Le sang peut être plus pâle que de

(1) Mackensie, *On irritable uterus* (*London Journal of medecine*, mai 1851).

coutume ou mélangé de caillots. Dans tous les cas que j'ai vus, l'éruption des règles était toujours très-douloureuse. La malade est sujette à avoir de la leucorrhée utérine, mais ce n'est pas là une complication fatale.

Ces douleurs retentissent presque toujours sur l'ensemble de la constitution, mais moins qu'on ne pourrait le croire, si on a égard à leur intensité. Le pouls, en général, n'est pas plus fréquent que d'habitude; mais la plus légère émotion l'accélérera; la température de la peau et l'état de la langue sont normaux. De la céphalalgie alternant avec des douleurs dans le dos s'observe fréquemment. L'estomac devient capricieux, l'appétit manque, il existe de la constipation. La malade maigrit; mais, il faut le dire, la plupart de ces troubles doivent être attribués au repos forcé, à la privation d'air qu'imposent ces douleurs.

Si l'on procède à un examen interne, souvent on trouvera l'utérus sensible à la pression. Cette sensibilité est si grande et si constante, que la malade éprouve une douleur très-vive si elle vient à s'asseoir sans précaution et trop brusquement sur un siége un peu dur. Les rapports sexuels deviennent très-douloureux (1).

Le col et le corps de l'utérus paraissent un peu augmentés de volume et sensibles; mais ils ne sont pas durs. L'orifice est sain; les lèvres n'en sont pas indurées. Le vagin est dans son état normal. Dans beaucoup de cas, quoique ces signes constituent la règle, on peut cependant ne découvrir aucune modification dans le volume ou la sensibilité de ces organes. La maladie peut durer des mois ou des années; elle peut céder à un traitement médical ou disparaître spontanément. Elle est un obstacle complet à la conception, autant que j'ai pu m'en convaincre; mais comme elle ne dégénère jamais en une maladie organique, elle ne met pas en péril la vie de la malade.

§ III. — Diagnostic.

Comme la douleur du dos est un des symptômes les plus constants des maladies de l'utérus, celle-ci ne suffira pas à éclairer le médecin sur la nature de l'affection. Mais la persistance de la douleur pendant l'intervalle des époques, son accroissement un peu avant l'éruption des règles, l'absence d'écoulements morbides, l'aggravation du mal dans la station debout, par la marche, l'insignifiance des troubles constitutionnels, la sensibilité du col à la pression, joints aux autres signes fournis par l'examen direct, amèneront le médecin à pouvoir, il me semble, formuler son diagnostic.

On distinguera cette maladie :

1° De la *dysménorrhée névralgique* par la persistance dans l'intervalle de deux époques de la douleur qui, dans la dysménorrhée, cesse après l'éruption des règles ;

(1) Dewees, *Diseases of females*, p. 3.5.

2° Du *prolapsus de l'utérus* ou du *vagin* qui cause aussi des douleurs très-vives, dans la station debout et pendant la marche. Dans l'affection qui fait le sujet de ce chapitre, le toucher pratiqué la femme étant debout permettra de constater que tous les organes occupent leur position normale ;

3° De *toute affection organique*, car on n'observera pas d'écoulements; l'utérus et le vagin sont dans leur condition physiologique.

§ IV. — Pathologie.

Si j'en puis juger par les cas que j'ai observés, et qui ressemblent à ceux qu'a publiés Gooch, je n'hésite pas à me rattacher à l'opinion de ce médecin touchant la nature de cette maladie. Elle paraît être une simple névralgie de l'utérus, d'une intensité et d'une durée variables; peu docile à l'intervention médicale, mais n'ayant aucune tendance à amener une dégénérescence des organes. J'ai déjà dit que quelques praticiens y voyaient plutôt une variété de l'état inflammatoire de l'utérus.

§ V. — Traitement.

Il y a peu de maladies qui soient si peu faciles à soigner et qui aient autant de tendance à récidiver. Le plus léger écart du régime prescrit peut être suivi du retour de tous les symptômes pénibles.

Les indications sont : 1° de calmer la douleur; 2° d'améliorer l'état général de la malade. Pour obtenir le premier résultat, on conseillera le repos absolu, la patiente gardera le lit ou restera étendue sur une chaise longue toute la journée ; on aura soin de maintenir les épaules à peu près sur le même plan que le reste du corps. A de très-rares exceptions, on proscrira l'exercice à pied ou en voiture. Si l'irritation est très-grande, on pourra avoir recours à de petites émissions sanguines au moyen de sangsues sur le col, de scarifications de cet organe, ou par des ventouses appliquées aux lombes. Il faudra être très-réservé sur l'emploi de ces moyens, sous peine d'aggraver le mal.

Une irritation révulsive au moyen de petits vésicatoires de la dimension d'un verre de montre ou par des ventouses sèches sera souvent utile. Ce dernier moyen m'a quelquefois rendu de grands services, parce qu'il est toujours sans inconvénient pour les malades et qu'il peut être employé alors que les vésicatoires sont impraticables. Des injections faites d'abord avec de l'eau chaude, puis avec de l'eau froide, deux fois par jour, donneront souvent un grand soulagement.

Les douleurs seront allégées par les narcotiques, comme l'opium, la jusquiame, la belladone, seuls ou associés à du camphre, à de l'asa fœtida. Si l'estomac était trop irritable, on pourra les administrer au moyen d'un lavement. On emploiera des emplâtres d'opium ou de belladone

appliqués au sacrum ou sur l'abdomen. Je recommande généralement le pessaire opiacé ou un suppositoire d'opium que je crois plus efficace.

[Dans les cas où la douleur est très-vive et a résisté à tous les moyens, on pourrait encore avoir recours à des insufflations de vapeur de chloroforme avec l'appareil que Scanzoni a fait coustruire (fig. 82).

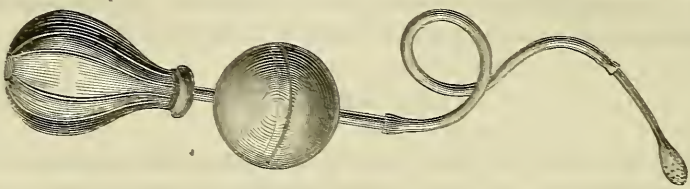


Fig. 82. — Appareil de Scanzoni pour l'application locale des vapeurs de chloroforme.

Il se compose d'une vessie en caoutchouc vulcanisé munie d'une canule de bois qui s'adapte par une vis à l'un des pôles d'une sphère creuse de laiton. Cette sphère a environ 52 millimètres de diamètre et peut être séparée en deux moitiés : le pôle opposé est également percé d'une ouverture dans laquelle est fixé un tube du même métal auquel s'adapte un tube de caoutchouc vulcanisé d'environ 50 centimètres de long. Celui-ci se termine par un anneau dans lequel se visse une canule utérine; l'anneau et sa canule sont de corne.

Pour faire fonctionner ce petit appareil, on n'a qu'à mettre dans la capsule de laiton un peu de coton humecté de chloroforme, puis on introduit la canule aussi haut que possible dans le vagin. Par une compression exercée sur la vessie, on fait passer l'air qu'elle renferme dans la sphère de laiton ; il se sature ainsi de vapeurs de chloroforme qu'il entraîne avec lui jusque sur le col de la matrice.

On a rarement besoin de faire fonctionner l'appareil plus de dix minutes de suite : ce temps suffit pour modérer les douleurs ou les calmer complétement. Si l'application par le vagin reste sans résultat, on pourra utilement introduire la vapeur de chloroforme par l'anus dans le rectum (1).]

On doit user de ces moyens avec beaucoup de persévérance et de tact, à l'approche des règles, afin de mitiger, s'il est possible, la douleur excessive qui marque leur apparition. On tiendra les entrailles libres; mais on n'aura recours qu'à des purgatifs très-doux; car l'irritation intestinale un peu forte augmenterait la douleur. Il est quelquefois utile de conseiller un grand bain tiède. Fernandez, dit le docteur Gooch, s'est bien trouvé d'un traitement mercuriel mitigé. Hunt (de Darmouth) a employé avec succès de petites doses d'arsenic (2).

(1) Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels*, trad. de l'allem. Paris, 1858, p. 38.

(2) Hunt, *Medical Gazette*, 7 avril 1838.

On doit chercher à améliorer l'état de la constitution pendant les intervalles des époques, et ses meilleurs reconstituants seront pris parmi les ferrugineux, les amers, dans une alimentation substantielle, non excitante, quelquefois quand cela sera possible, on conseillera l'exercice en voiture et le séjour au grand air.

[M. Bassereau (1) ne partage pas l'opinion de Valleix. Il dit qu'il n'a trouvé, parmi les cas qu'il a observés, qu'un seul appareil organique dont l'état morbide ne lui parut pas le point de départ évident de la névralgie intercostale. « C'est l'utérus et ses annexes; » Malgaigne (2) reconnaît l'existence d'une véritable névralgie de l'utérus, et recommande au médecin de ne pas s'en tenir, dans les cas où elle existe, à une médecine expectante qui laisse les femmes dans une sécurité trompeuse et les expose plus tard presque infailliblement à une métrite aiguë, à un engorgement de l'utérus. Chomel (3) regarde bien l'utérus comme le siége du mal, mais il fait dépendre la douleur d'une lésion organique. M. Nonat, vers la même époque (4), a avancé que les névralgies du col sont si rares, que c'est à peine si l'on en rencontre. Depuis, le même auteur (5) a modifié sa manière de penser, car il dit que la description qu'il donne de l'hystéralgie, « n'est point une description imaginaire ; c'est le résultat de faits assez nombreux qu'il a observés depuis plusieurs années dans sa pratique. »

Malgaigne au contraire, dès l'époque où son mémoire fut publié, croyait à l'existence de cette névralgie et donnait comme caractère essentiel de cette affection « la présence d'un point douloureux à la pression sur le col utérin, point douloureux, presque toujours unique et presque toujours aussi situé en avant et un peu à gauche. » Malgaigne croit que cette névralgie, quelquefois primitive, est aussi dans certains cas consécutive, et il se fonde pour distinguer ces deux variétés, sur l'examen attentif de l'évolution de la maladie et surtout sur le succès du traitement. Le meilleur traitement, suivant lui, consiste dans l'incision verticale du col utérin, qui expose moins à l'hémorrhagie que l'incision horizontale. Malgaigne, par ce moyen, est arrivé le plus souvent à faire cesser les douleurs erratiques dont se plaignent en même temps toutes les femmes atteintes de névralgies utérines (6). Malgaigne (7) a publié un autre cas de guérison de névralgie du col utérin avec irradiation en divers points du tronc, par l'incision verticale du col utérin au moyen de ciseaux courbes.

(1) Bassereau, *Essai sur la névralgie intercostale considérée comme symptôme de quelques affections viscérales.*
(2) Malgaigne, *Revue médico-chirurgicale.* 1848, p. 333.
(3) Chomel, *Dict. de médecine en 30 vol.* 1846. Paris, art. *Utérus.*
(4) Nonat, *Gazette hôpit.* 1848.
(5) Nonat, *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1860.
(6) Malgaigne, *Revue médico-chirurgicale.* 1848, p. 333.
(7) *Id.* *idem,* 1849, p. 373.

CHAPITRE XIII

PHYSOMÉTRIE. — TYMPANITE UTÉRINE (1).

[[On donne ce nom à l'accumulation de gaz dans la cavité utérine.

On admettait, autrefois, que cette accumulation de gaz pouvait se faire par une sorte d'aspiration de l'air extérieur qui pénétrerait dans l'utérus et pourrait y séjourner; ou par la propriété que pourrait acquérir la muqueuse utérine, dans certaines conditions pathologiques, de sécréter des gaz.

Depuis les travaux de Stoltz et de Nægelé, on n'admet plus ces deux sources de la physométrie, et l'on considère la production de gaz comme résultant toujours de la décomposition de produits, tels que débris de placenta, ou sécrétions diverses de la muqueuse utérine, retenus dans l'utérus par une atrésie du col.

De ce qui précède, nous serons conduits à rejeter la physométrie comme entité morbide et à la considérer comme un symptôme dû à des causes diverses, que nous allons passer en revue.

§ I. — Causes.

Les causes qui président au développement des gaz sont : la rétention du placenta, des lochies, de débris de fœtus, la putréfaction d'un polype, de caillots menstruels et plus souvent encore des produits sécrétés par la muqueuse utérine, sous l'influence de l'inflammation chronique, quand le col rétréci empêche le libre écoulement des sécrétions.

Cette production des gaz sous l'influence de la métrite chronique avait du reste été parfaitement comprise par M. Fleetwood Churchill, puisqu'après avoir examiné les diverses opinions qui ont cours au sujet de cette production de gaz, il dit : « En tout état de cause, je suis porté à croire qu'il existe une inflammation subaiguë de la muqueuse utérine. »]]

§ II. — Symptômes.

Les trois principaux symptômes qui caractérisent cette maladie appartiennent également à la grossesse. Les règles (suivant le témoignage de la majorité des auteurs) sont supprimées, le ventre augmente de volume et

(1) Astruc, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1778, vol. III. — Baillie, *Morbid Anatomy*. London, 1812, p. 394. — Capuron, *Maladies des femmes*, p. 188. — Nauche, *Maladies propres aux femmes*, vol. 1, p. 150. — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 251. — Nicolani, *Brit. and foreign Review*, vol. XIII, p. 246.

du lait est sécrété. Rarement, suivant Astruc et d'autres, la quantité des gaz est considérable et l'utérus offre à terme le volume qu'il a au quatrième ou sixième mois de la grossesse; mais Jean-Pierre Franck cite l'observation de la femme d'un médecin allemand, chez qui l'utérus s'élevait jusqu'au diaphragme (1). Avant que l'organe se soit beaucoup développé, il survient toujours quelque circonstance qui provoque l'expulsion des gaz : un coup, une chute, l'action de se pencher en avant, les efforts en allant à la garde-robe, un éternuement, la toux ou le vomissement, etc., peuvent produire cet effet; les gaz s'échappent alors bruyamment, et il s'écoule en même temps une certaine quantité de liquide. Si ce phénomène se produit fréquemment, comme il est tout à fait involontaire, la malade est, pour ainsi dire, mise hors de la société. Les seins grossissent, non-seulement par l'augmentation du tissu adipeux, mais aussi par l'accroissement de la glande mammaire, et il s'en écoule un liquide clair analogue à celui qu'on rencontre avant l'accouchement. Le plus souvent il n'y a ni douleur ni malaise, si ce n'est lorsque le volume de l'utérus est considérablement augmenté; la malade ne se plaint ni de pesanteur ni de chaleur. D'autres fois cependant le malaise est considérable; il y a de la chaleur, des douleurs lancinantes dans la tumeur s'étendant vers les aines, les cuisses et la vulve, et chez la dame allemande dont je parlais tout à l'heure, la souffrance était si grande qu'elle ne pouvait remuer un membre (2). La pression de l'utérus sur les viscères environnants peut entraver leurs fonctions, l'appétit devient capricieux, et il survient de la constipation. Cette maladie est un obstacle à la conception, au moins tant qu'elle dure; mais chez deux dames de Padoue, dont l'observation est citée par P. Franck, la conception eut lieu aussitôt que les gaz furent expulsés. Dans un autre cas, publié par Gooch, la physométrie fut guérie par la conception; si la maladie se reproduit souvent, on prétend qu'elle peut donner lieu à de l'ascite. La tumeur abdominale est élastique et donne un son clair à la percussion. Le toucher permettra de sentir l'orifice plus élevé que de coutume et le col diminué de longueur. Quand le canal cervical est perméable, on observera une partie de ces symptômes, et il se produira de temps en temps des éructations vaginales plus ou moins fortes.

§ III. — Diagnostic.

1° On peut confondre cette maladie avec la grossesse, mais on la distinguera par la résonnance de la tumeur à la percussion, par l'absence de ballottement, de mouvements actifs du fœtus, et enfin au moyen des signes fournis par l'auscultation.

(1) J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, traduit par Goudareau. Paris, 1842, t. II, p. 21.
(2) C.-G. Carus, *Lehrbuch der Gynecologie*, vol. I, p. 308.

[Il a été publié une observation de physométrie simulant une grossesse par le docteur Pollet (1). L'affection s'est guérie spontanément, après avoir donné pendant plusieurs heures des douleurs simulant, à s'y méprendre, le travail de l'accouchement.]

2° On la distinguera de l'*hydrométrie* par l'élasticité de la tumeur abdominale et par sa résonnance.

3° De l'*ascite* par la forme limitée de la tumeur, la résonnance et l'absence de fluctuation.

4° De l'*hypertrophie cancéreuse* ou *stéatomateuse de l'utérus*, par l'élasticité et la résonnance de la tumeur.

A ces signes distinctifs viendront se joindre les éructations qui se produisent de temps en temps par le vagin.

§ IV. — Traitement.

La première indication consiste à vider l'utérus, puis on s'opposera à la formation ou à l'accumulation des gaz dans l'utérus.

Astruc et les auteurs anciens conseillent de provoquer le vomissement, l'éternuement, ou prescrivent à la malade de sauter après avoir pris des bains chauds; et si ces moyens ne suffisent pas, on devra titiller le col utérin. On peut certes essayer de ces moyens, puisqu'ils sont exempts de danger; mais nous serons toujours amenés à employer une médication plus digne de confiance, je veux parler de l'introduction à travers l'orifice d'une canule ou d'une sonde d'homme jusque dans la cavité utérine; l'air s'échappera par la canule, et on la laissera en place jusqu'à ce que l'utérus soit parfaitement vidé. Il faut pratiquer cette petite opération avec beaucoup de soin et de douceur; on gardera la malade au repos complet pour éviter toute chance d'inflammation.

Ainsi sera remplie la première indication, car le gaz va se reproduire inévitablement. On emploiera alors des injections intra-utérines faites avec de l'eau chaude, une ou deux fois par jour, pendant quelque temps après l'opération. Si la maladie est due à la décomposition des matières organiques, on la guérira par ce moyen. Dans des cas plus tenaces, on a conseillé des injections faiblement chlorurées, des lotions astringentes ou faites avec des eaux minérales. Denman préconise les eaux de Bath; j'ai trouvé utilité à conseiller des bains et des douches tièdes. Je pense qu'on se servirait avantageusement d'injections vaginales ou utérines faites avec une solution légère de nitrate d'argent. Tout le monde connaît l'action antiseptique et modificatrice de ce sel sur les muqueuses. Il peut être nécessaire d'administrer des toniques à l'intérieur si la constitution est en déchet, et simultanément il y aura avantage à donner un altérant doux comme les pilules de Plummer.

(1) Pollet, *Annales de la société d'émulation de la Flandre occidentale*. — *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne. 1849, vol. II, p. 303.

[[Les injections intra-utérines conseillées par l'auteur sont véritablement le meilleur moyen de remédier à la physométrie, puisque nous savons que presque toujours elle est la conséquence de l'altération des produits de sécrétion de la métrite chronique.

C'est donc, contre cette métrite chronique que devra être dirigé le traitement.]]

CHAPITRE XIV

HYDROMÉTRIE. — HYDROPISIE UTÉRINE (1).

Cette maladie consiste dans une sécrétion excessive de liquide qui s'accumule dans l'utérus, par suite de l'oblitération du canal cervico-utérin ou l'atrésie de l'orifice.

[[Certains auteurs ont admis deux espèces différentes d'hydrométrie suivant que le liquide contenu dans la cavité utérine est de la sérosité ou du mucus. M. Nonat, qui accepte cette division, désigne ces deux variétés sous les noms d'*hydrométrie séreuse* et d'*hydrométrie muqueuse*.

On avait admis autrefois que l'hydrométrie séreuse pouvait se développer dans l'utérus à l'état de vacuité, la muqueuse étant d'ailleurs saine; mais cette manière de voir, qui a été réfutée par les travaux de Nægelé et de Stolz, n'est plus acceptée, et l'on doit considérer aujourd'hui cette variété comme uniquement due à la mort du produit de la conception, et à sa dissolution dans le liquide amniotique. Cette opinion, qui permet de rapprocher cette variété, de la grossesse molaire, nous conduit à ne plus la considérer comme hydrométrie véritable et à la regarder comme une des variétés de môles que nous décrirons bientôt et comme uniquement due à une accumulation de liquide dans la cavité amniotique alors que le produit de la conception est mort et a disparu résorbé.

Quant à la seconde forme, décrite sous le nom d'*hydrométrie muqueuse*, elle résulte d'une hypersécrétion de la muqueuse utérine enflammée, qui s'accumule dans l'utérus par suite du rétrécissement ou de l'oblitération de l'orifice du col. Cette variété est la seule qui puisse être véritablement désignée sous le nom d'*hydrométrie*. C'est elle que nous aurons seulement en vue dans notre description.

Scanzoni et avec lui M. Joulin admettent que cette forme n'est possible que lorsque la menstruation a cessé ou chez les femmes atteintes d'une aménorrhée complète ; car, dit M. Joulin : « si la femme était réglée, ce ne serait point du mucus, mais du sang qui serait contenu dans la

(1) Baillie, *Morbid Anatomy*, p. 393. — Capuron, *Maladies des femmes*, p. 167. — Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 255. — A.-E. Siebold, *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten*, vol. I, p. 351.

cavité utérine (1). » Cette opinion est assurément vraie si la femme est réglée; mais on sait qu'il n'est pas rare de voir une diminution notable des règles et même l'aménorrhée chez les femmes atteintes de métrite chronique. Ainsi s'explique la production de l'hydrométrie chez des femmes qui ne sont point encore arrivées à l'âge de la ménopause, ou qui ont été réglées jusque-là, régulièrement.]]

§ I. — Anatomie pathologique.

[[Le liquide contenu dans la cavité utérine est formé par du mucus assez clair, assez limpide, quelquefois coloré par un peu de sang, ce qui constitue l'*hydro-hématométrie*. Ce liquide ne présente pas en général d'odeur bien marquée; cependant quelquefois il a pu devenir fétide, et l'on a pu voir survenir alors la production de gaz qu'on désigne sous le nom de physométrie.

On constate aussi, habituellement, les diverses lésions de l'endométrite chronique, et souvent la présence d'un polype muqueux qui vient obstruer l'ouverture du col; ou bien, il existe un rétrécissement du col dû à une flexion de l'organe.]]

§ II. — Symptômes.

L'accumulation du liquide se fait graduellement, de façon que l'utérus peut s'accommoder aux nouvelles conditions dans lesquelles il se trouve placé sans qu'il se manifeste des symptômes très- appréciables. C'est ce qui arrive pour les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants ou qui sont atteintes d'hydrométrie peu après l'accouchement. Quand l'utérus n'est pas dilatable, comme chez les femmes âgées, les signes de la distension sont perçus plus tôt. Quand la maladie existe depuis un certain temps, on peut apercevoir à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur ayant le volume et la forme de l'utérus hypertrophié. Cette tumeur est élastique, mobile, elle donne un son mat à la percussion en même temps qu'une sensation de fluctuation. A mesure que l'accumulation se fait plus grande, il y a plus de sensibilité à la pression et la malade ressent une douleur sourde et du malaise au niveau de la tumeur; il en résulte certains inconvénients mécaniques : la malade se penche difficilement en avant, elle éprouve un peu de dyspnée. Les règles sont le plus souvent supprimées, quoique Donald Monro (2) dise que c'est là l'exception. Souvent il y a de la leucorrhée vaginale ; la sécrétion urinaire, en général, est moindre et les urines déposent un sédiment rouge-brique. Il se produit des phénomènes sympathiques du côté des seins ; ils grossissent, deviennent plus

(1) Joulin, *Traité complet d'accouchements*. 1867, p. 441.
(2) Monro, *An Essay on the hydropisy*, 3e édit. London, 1785.

durs, et on distingue les lobules de la glande. Nauche prétend avoir vu une véritable fièvre de lait succéder à l'évacuation du liquide.

Au premier abord, il ne paraît pas y avoir de grands troubles dans l'état général; il n'en est plus de même à une période plus avancée de la maladie, le pouls devient petit et fréquent, la peau sèche et chaude, la langue est chargée, l'appétit est mauvais et les fonctions intestinales se dérangent. Le doigt introduit dans le vagin pourra sentir la tumeur, reconnaître la diminution dans la longueur du col; mais il n'y a aucune preuve que la cavité utérine ne renferme pas en même temps que le liquide un corps solide.

La malade peut mourir épuisée par la fièvre hectique; ou bien l'utérus, incapable de se dilater plus, s'amincit en un point de sa surface, souvent altérée par une lésion antérieure, se rompt et donne issue à son contenu dans la cavité péritonéale ; il s'ensuit une péritonite rapidement mortelle. Telle est la conséqunce habituelle de l'oblitération de l'orifice chez les femmes âgées.

§ III. — Diagnostic.

L'augmentation de volume de l'abdomen, coïncidant avec la suppression des règles et avec les phénomènes sympathiques du côté des seins, pourrait faire confondre cette affection avec la grossesse. Mais l'absence des mouvements du fœtus, les renseignements négatifs fournis par le stéthoscope, l'absence du ballottement, nous permettront souvent d'arriver au diagnostic ; en outre, les symptômes généraux observés dans l'hydrométrie nous aideront encore à le préciser. Nauche ajoute que dans l'hydrométrie l'utérus est plus uniforme, plus arrondi et plus mou que dans la grossesse (1).

1° La matité, la fluctuation et la gravité des symptômes généraux distingueront cette mladie de la *physométrie*.

2° Le diagnostic à établir entre cette maladie et l'*ascite* ou les *maladies de l'ovaire* sera fondé sur la forme plus limitée de la tumeur, sur son identité avec l'utérus, constatée par le toucher, et enfin sur la sensation de fluctuation moins nette.

3° On la distinguera de l'*engorgement squirrheux de l'utérus* par la fluctuation et la souplesse de la tumeur, et l'absence d'inégalités qu'on observe dans le squirrhe.

4° [[Quant à la distinction entre l'hydrométrie, et la môle due à l'accumulation de liquide dans la cavité amniotique, lorsque le fœtus est mort et a disparu, on peut éprouver un certain embarras; cependant on arrivera encore au diagnostic, si l'on considère que l'hydrométrie survient en général chez une femme présentant les symptômes de la métrite chro-

(1) Nauche, *Des maladies propres aux femmes*. Paris, 1829.

nique, que le plus souvent il se fait par le vagin, à certaines époques, un écoulement plus abondant que d'habitude lequel coïncide, avec une diminution de volume de l'utérus et qui est dû à ce que l'oblitération du col n'est pas complète. — L'accumulation de liquide qui se produit dans la cavité de l'amnios survient en général chez une femme bien portante, et les règles qui étaient régulières se sont supprimées brusquement. Ces phénomènes font penser au début d'une grossesse, et ce n'est que plus tard, vers 4 ou 5 mois, lorsque l'utérus n'a pas pris le développement qu'il doit avoir à cette époque, qu'on peut soupçonner l'existence de la maladie. L'absence des mouvements actifs de la part du fœtus et des signes fournis par l'auscultation du cœur fœtal, le développement de l'utérus qui n'est point en rapport avec l'époque présumée de la grossesse, doivent faire supposer que l'on a affaire à une môle.]]

§ IV. — Pronostic.

Les progrès graduels de la maladie font que l'utérus s'accoutume peu à peu à la présence du liquide, et ainsi les malaises éprouvés sont moindres. Si l'occlusion cervico-utérine est incomplète et permet l'issue d'une petite quantité de liquide, le péril est à peu près nul. Il existe une observation de Fernel dans laquelle il rapporte que le liquide était rendu tous les mois. Dans une autre, appartenant à Richard Browne et citée par Dugès, la conception eut lieu deux fois, et deux fois il se faisait alternativement une accumulation et une émission de liquide à des intervalles plus ou moins éloignés, sans que les grossesses aient été interrompues. Quand l'orifice utérin est complétement oblitéré, le pronostic est très-grave, car si l'accumulation va toujours en croissant, la rupture de l'utérus, la péritonite et la mort peuvent s'ensuivre, à moins qu'on n'ait recours à la chirurgie.

[[L'accumulation du liquide peut subsister très-longtemps ou se reproduire quand l'évacuation a eu lieu ; la durée et la persistance de la maladie s'expliquent facilement, si l'on veut bien se rappeler que l'hydrométrie dépend d'une métrite chronique.]]

§ V — Traitement.

La première indication est certainement de vider l'utérus. Si l'évacuation du liquide peut se faire spontanément dans un effort de toux, d'éternuement, de vomissement, les choses n'en iront que mieux ; sinon on introduira dans la cavité utérine une canule ou une sonde, et on l'y maintiendra jusqu'à ce qu'elle soit complétement vidée. Si le col est imperméable, il n'y a pas de doute sur l'opportunité qu'il y aura à le ponctionner avec un trocart ou avec un instrument analogue à celui dont se sert M. Stafford pour perforer les rétrécissements de l'urèthre chez

l'homme. Cette opération n'est assurément pas exempte de danger, il peut en résulter une inflammation utérine; mais l'avenir réservé à la malade autorise pleinement le médecin à courir quelques risques. On a recommandé la ponction de l'utérus au-dessus du pubis, et Wirer a extrait de cette façon, de l'utérus d'une femme de cinquante-trois ans, 32 livres d'un liquide épais, et la malade se rétablit parfaitement. Néanmoins je crois que ce procédé est plus hasardeux que le précédent. Fantonetti a réussi à vider l'utérus, en administrant l'ergot de seigle (1). Après l'évacuation complète de l'utérus, on devra songer à prévenir cette sécrétion excessive de la muqueuse, ou au moins à empêcher l'accumulation du liquide, quelle qu'en soit la source. Astruc recommande dans ces cas les diurétiques, les purgatifs et les altérants.

[[Lorsque l'hydrométrie dépend de la métrique chronique, et que l'évacuation du liquide a été opérée, on ne doit pas oublier que c'est l'inflammation de la muqueuse qui est la cause de la maladie; c'est alors contre elle que nous devrons diriger notre traitement à l'aide des moyens que nous avons indiqués quand nous avons étudié la métrite chronique; c'est surtout aux injections intra-utérines avec le nitrate d'argent, la teinture d'iode ou le perchlorure de fer que l'on devra avoir recours.]] Une révulsion opérée au niveau du sacrum sera quelquefois utile. On a encore préconisé des injections intra-utérines avec les eaux minérales ou astringentes. Il faudra veiller à l'état général de la santé; le grand air et l'exercice modéré seront en pareil cas du plus grand avantage.

Il y a peu à faire lorsqu'il existe une affection cancéreuse, mais on peut maintenir la perméabilité de l'orifice utérin en y passant de temps en temps une canule; on évitera ainsi les inconvénients graves produits par la distension. Il faut ajouter que beaucoup de cas de guérison ne sont pas dus à l'intervention médicale, car la maladie a guéri spontanément, ou elle a disparu lorsqu'est survenue une grossesse.

CHAPITRE XV

MÔLES (2)

La dénomination de *môles* a été donnée d'une façon très-vague à toute

(1) Fantonetti, *Lond. Med. Gazette and. surg. Journal*, 2 décembre 1837.

(2) Ruysch's, *Observations on surgery and midwifery*, 1751, p. 66, 73, 83, 141. — Manning, *On female diseases*, 1775, p. 367. — Lamzweerde, *Historia naturalis molarum uteri*, 1686. — Sandifort, *Obs. path. anat.*, lib. II, p. 78. — Haller, *Disput. med.*, t. IV, p. 715-745. — La Motte, *Traité des accouchements*, t. I, chap. VII. — Mauriceau, *Obs. sur les accouch.*, obs. 367. — Vigarous, t. I, p. 11. — Nauche, *Maladies propres aux femmes*, vol. I, p. 183. — Capuron, *Maladies des femmes*, p. 268. — *Lond. med. and phys. Journal*, vol. II, p. 122. — Jœrg, *Krankheiten des Weibes*, p. 562. — Sie-

masse informe rendue par l'utérus, qu'elle ait été constituée par un caillot, par des tumeurs détachées ou par un produit de conception altéré.

Tant que l'on comprendra sous ce nom des choses aussi dissemblables, on ne peut rien dire de précis. Les auteurs français récents ont rejeté de cette dénomination tous les produits que j'ai signalés, et on a donné à ce mot une signification plus précise et plus intelligible.

[[On doit désigner, sous le nom de *môle* ou *faux germe*, une masse plus ou moins charnue, développée dans la cavité de la matrice et qui n'est autre chose qu'un produit de conception dégénéré.

On peut admettre aujourd'hui trois espèces de môles : 1° la môle creuse; 2° la môle charnue; 3° la môle vésiculaire ou hydatiforme.

Ces diverses variétés, bien que se présentant sous des aspects un peu différents, relèvent toutes d'une même origine, une altération du produit de la conception.]]

ARTICLE PREMIER

MÔLES CRÉUSES

Sous cette dénomination on n'entend pas comprendre une imperfection dans l'acte de la génération ; on veut dire que, la vie du fœtus ayant été anéantie, l'objet de la gestation a dégénéré. Dans la plupart de ces œufs avortés le fœtus manque tout à fait, il a probablement été dissous dans le liquide amniotique. On peut toutefois généralement reconnaître des vestiges du cordon ombilical attaché à quelque point de la surface interne de l'œuf. En outre, les membranes (chorion et amnios) peuvent encore être discernées ainsi que des traces du placenta. Toute la masse cependant aura tout à fait changé de volume, d'aspect et de conformation par suite de l'épanchement de sang et du dépôt de caillots qui se seront faits entre les membranes ou dans le placenta, par la décomposition de la lymphe, et quelquefois ces changements sont dus à la formation de nouvelles couches véritablement membraneuses (1). Ce sont ces modifications même qui ont probablement causé la mort du fœtus. Nous pouvons aisément comprendre combien la vitalité est minime à cette période de la vie intra-utérine, nous la voyons faillir sous l'influence de chocs moraux ou physiques, de troubles nerveux, ou bien encore elle succombe quand il existe quelque déviation dans la structure normale, par exemple une

bold's *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 380. — Clarke, *Diseases of females*, vol. II, p. 116. — Baillie, *Morbid Anatomy*, p. 393. — Blundell, *Diseases of women*, 1836, p. 197. — Simpson, *On diseases of placenta*. (*Edinburg med. and surg. Journ.*, vol. I.) — Boivin, *Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire*. Paris, 1827. — Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833. — Dugès, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Paris, 1833, t. IX, p. 316, art. *Grossesse*.

(1) Granville's, *Illustrations of abortion*, 1834, in-4°.

tumeur siégeant à l'insertion du cordon, ou bien lorsqu'on constate l'insertion funiculaire en un point où les villosités choriales manquent. Dans ces circonstances l'œuf n'est jamais gardé plus de deux mois. Si cependant il n'est pas expulsé, il peut dégénérer en une môle charnue (1). Il n'est pas toujours facile de distinguer un œuf dégénéré qui a été retenu dans l'utérus du produit d'un avortement récent, car dans ce dernier cas le fœtus peut manquer.

ARTICLE II

MÔLES CHARNUES

La môle charnue est probablement une transformation de la variété précédente. Elle est devenue plus dense, sa forme et sa texture moins bien définies. Les caillots et les dépôts paraissent s'être graduellement organisés.

Ces môles peuvent se montrer sous forme de masses solides, ou elles peuvent offrir une cavité centrale tapissée d'une membrane propre et dans laquelle on rencontre quelquefois des restes de liquide amniotique. On prétend que l'oblitération de cette cavité est due à la résorption du liquide ou à son issue à travers quelque fente de la membrane (2). Les môles solides sont généralement beaucoup plus volumineuses que les môles creuses et d'une forme plus irrégulière. Extérieurement elles sont raboteuses, compactes et lobulées ; elles offrent une forme ovoïde ou sphérique, et quelquefois à leur surface on trouve une légère couche calcaire (Dugès). Les plus grosses môles ont le volume des deux poings ; si l'on examine la texture d'un peu près, on la trouvera solide, mais non pas dense, spongieuse comme le placenta, mais plus filamenteuse en certains points ; dans d'autres parties, on rencontrera des caillots fibrineux et aussi des portions de fœtus à l'une ou à l'autre extrémité. On a quelquefois, mais rarement, pu trouver les membres de deux fœtus. Il n'y a généralement qu'une seule môle ; s'il y a eu fécondation de deux œufs, si l'un des deux a péri, on trouve généralement l'autre sain et entier ; on a cité cependant des exemples de môle double existant en même temps dans l'utérus. Manning croit que les môles sont plus fréquentes au déclin de la vie, mais cette opinion diffère complétement de celle de la majorité des auteurs. On doit les distinguer avec soin des caillots, de polypes détachés, et on arrivera à ce résultat en y pratiquant une incision et en en examinant la structure (3). Il y a une variété de môles qui mérite une mention spéciale. Elle est figurée par Th. Denman (4), Granville.

(1) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. I, chap. VI, p. 275. — *Brit. and for. med. Rewiev*, octobre 1839, p. 567.

(2) Mérat, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1819, t. XXXIV, art. *Môle*.

(3) Burns, *Principles of midwifery*, p. 123 (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. V, p. 257).

(4) Denman, *Introduction to midwifery*, 7e édition, 1832, with plates.

Il y en a une pièce au musée du collége des Chirurgiens de cette cité et une autre au musée W. F. Montgomery. La texture de l'œuf est beaucoup plus dense que de coutume, surtout dans la portion placentaire qui a perdu sa consistance spongieuse. Les membranes sont entières, et, lorsqu'on les ouvre, la surface placentaire est couverte de tubercules de grandeurs variables, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une noix. Le cordon est inséré dans un de ces tubercules, et en conséquence le fœtus a succombé. La membrane interne paraît complétement saine. D'après le peu de modifications qu'a subies cet œuf, nous pourrions hésiter à l'appeler une môle, si nous n'étions convaincu qu'il a été retenu dans l'utérus pendant un certain temps après la mort du fœtus. Le développement du fœtus n'est pas en proportion avec celui de l'œuf lui-même.

ARTICLE III

MÔLES VÉSICULAIRES OU HYDATIFORMES (1)

[[La môle vésiculaire ou hydatiforme, appelée aussi *môle hydatique*, *hydatides de l'utérus*, résulte, pour la plupart des auteurs, d'une hydropisie des villosités d'une partie ou de la totalité du chorion.]]

Le développement de ces vésicules peut être suivi très-exactement; on les trouve d'abord en petit nombre à la surface extérieure de l'œuf dont la forme n'est pas modifiée; peu à peu on les voit se développer jusqu'à ce qu'elles transforment entièrement la configuration des organes. Elles peuvent naître soit du placenta, soit d'une portion seulement de ce placenta. Cette double origine explique la division faite par Dugès et madame Boivin en môle :

1° Embryonnée, quand le produit de la conception n'a pas été résorbé;

2° Creuse lorsque le fœtus avait disparu, et que les membranes ne contenaient plus que le liquide amniotique;

3° En môle vésiculaire en masse, lorsque le liquide et le fœtus n'existaient plus, et que les parois du sac amniotique s'étaient soudées (fig. 83).

La quantité de vésicules varie beaucoup. Elles peuvent être en grand nombre; quand elles sont peu nombreuses, elles flottent au milieu du fluide contenu dans la matrice; quand elles se développent sur un œuf, elles sont enfermées dans la membrane caduque. Les vésicules considérées individuellement varient comme dimension, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de raisin; elles varient aussi comme forme : tantôt elles sont allongées ou arrondies, mais plus fréquemment elles sont ovales. Suivant Nauche elles sont formées par trois couches, la membrane externe est séreuse, mince et transparente, la mem-

(1) Dubreuil, *Revue médicale*, novembre 1831. — Wrisberg, *Nova Comm.* Gottingœ, t. IV, p. 73. — Leroy (de Nantes), *Nouveau Journal de médecine*, mai 1822.

brane moyenne est fibreuse et la membrane interne est muqueuse ; on voit à leur surface des vaisseaux blancs et rouges. Elles renferment un liquide qui, dans les petites tumeurs, est transparent, et dans les tumeurs volumineuses est d'un jaune pâle : je l'ai vu quelquefois être d'une belle

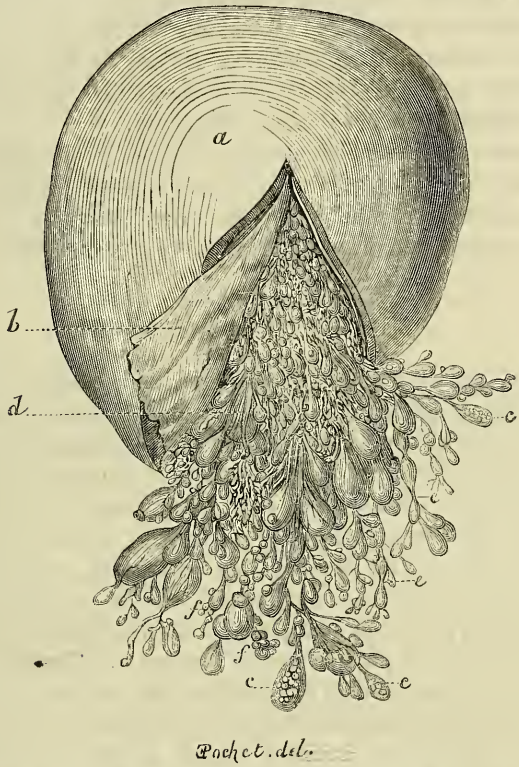


Fig. 83. — Môle vésiculaire de madame Claire D., expulsée en totalité (*).

couleur rosée. Il est moins dense que de l'eau distillée, le liquide ne ramène pas au rouge la teinture de tournesol, mais il fait passer au vert le sirop de violettes. Il n'est coagulable ni par la chaleur ni par les acides, il est aqueux ou gélatineux, mais jamais albumineux. Autrefois ces vésicules étaient considérées comme ayant une vie indépendante, et on les

(*) Cette masse, du poids de 2 livres 9 onces, a conservé la forme de la cavité de l'utérus, où elle était renfermée. La môle, ouverte sur une portion de sa longueur, laisse échapper une certaine quantité des vésicules hydatiques qu'elle contient. Sur la coupe de la tumeur on distingue deux couches membraneuses : la première *a, a, a, a*, membrane externe utérine, analogue à l'épichorion ou *decidua ;* la deuxième *b, b, b*, membrane fine, transparente, qui paraît être un débris du chorion ; *c, c, c*, vésicules granuleuses ; *d, d, d*, vaisseaux blancs, dont quelques-uns viennent s'ouvrir à la surface sous forme de bourgeons, et d'autres servent de pédicules aux globules qui les terminent ; *e, e, e*, vésicules oblongues qui semblent être des vaisseaux déprimés ou dilatés ; *f, f, f*, vésicules à bourgeons. — (Voyez la description, page 42, et la note n° 1, page 64 de madame Boivin, *Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire ou grossesse hydatique.* Paris, 1827.)

classait parmi les acéphalocystes. Pallas, Linné, Percy (1) les appelent des ténias hydatigènes, les auteurs modernes ont abandonné cette opinion (2). Ces môles séjournent plus longtemps que les autres espèces dans l'utérus. Dugès rapporte le cas d'une dame qui rendit une masse de vésicules pesant 15 livres, lesquelles avaient mis cinq à six ans à s'accumuler dans la matrice. Au moment où elles sont expulsées (3), les malades courent plus de dangers qu'avec les autres espèces de môles. Elles peuvent être rendues en plusieurs portions, et alors celles qui restent dans la matrice entretiennent un écoulement dangereux.

[Dans les grossesses doubles, un des produits de conception peut être remplacé par une môle vésiculaire, et dans ce cas l'expulsion a toujours lieu bien avant le terme de la grossesse. Des exemples de cette nature, malgré leur rareté, ne peuvent cependant être mis en doute.]

§ I. — Anatomie pathologique.

La première question qui se présente est intéressante au point de vue de la pathologie et aussi au point de vue de la médecine légale. Ces môles sont-elles un produit de conception, et, par conséquent, le résultat d'un rapprochement sexuel? En ce qui regarde la plupart des éléments que l'on comprenait autrefois sous le nom d'hydatides, il y a de nombreuses raisons pour répondre négativement; mais pour ce que l'on décrit aujourd'hui sous ce nom, on est généralement convenu de le considérer comme un résultat de la conception. Lamzweerde affirme qu'elles ne peuvent se produire sans qu'il y ait eu de copulation. Ruysch parle de môles rendues par des jeunes filles et par des vieilles femmes qui n'avaient jamais eu de rapports sexuels; mais c'était évidemment des caillots fibrineux. Il parle aussi de fausses môles développées sur le placenta, et, par conséquent, à la suite d'une grossesse. Manning dit que les môles peuvent être le résultat d'un avortement ou d'une dégénérescence de l'œuf, mais il confond de même les caillots avec les môles. Puzos (4) les considère comme des produits de conception dégénérés. Denman et Burns regardent les môles charnues comme étant probablement le résultat de la conception, ils mettent à part les caillots et les polypes, et n'hésitent pas à attribuer également la production des môles hydatiformes à une grossesse. Nauche refuse aux hydatides une vitalité indépendante, il les regarde comme généralement produites par la grossesse; cependant, il hésite à admettre cette cause comme unique (à cause d'un fait chez une chanoinesse), etc. Capu-

(1) Percy, *Mémoire sur le part hydatique* (*Journal de méd., chir. et pharm.*, septembre 1811).

(2) [Jamais les villosités choriales dilatées sous forme d'hydatide ne contiennent d'échinocoque, dont la présence est caractéristique des tumeurs hydatiques.]

(3) Voyez *Lancet*, 1er février 1840.

(4) Puzos, *Traité des accouchements*. Paris, 1759.

ron appelle les môles des conceptions dégénérées, madame Boivin les regarde comme des œufs dégénérés et comme étant toujours le produit d'une grossesse. Dugès est du même avis que madame Boivin. Clarke pense que les hydatides peuvent se produire sans qu'il y ait eu de rapprochements sexuels, Gardien (1) admet cette opinion. Kennedy dit que les hydatides peuvent exister chez les vierges. W. F. Montgomery (2) exclut de la liste des môles les polypes et les caillots, et, quant aux autres tumeurs, il pense qu'elles sont toujours le résultat de la fécondation.

Ramsbotham (3) a émis l'opinion que les môles hydatiques, qui sont ordinairement pelotonnées, sont le produit de l'hypertrophie et de l'hydropisie du chorion. A l'appui de cette opinion, il cite un fait de Wilton de Brighton (4), en sorte que les opinions opposées que j'ai citées peuvent être vraies, s'appliquant à des maladies différentes. Grâce à la bienveillance de mon ami le docteur M'Ewen (de Chester), j'ai vu un cas dans lequel il n'y avait pas eu évidemment de rapports sexuels et qui confirmait la théorie de Ramsbotham.

Toutefois, dans la majorité des cas, les môles vésiculaires sont véritablement la conséquence des rapports sexuels : elles sont des produits de conception avortés. En médecine légale, il faut, cependant, ne pas oublier que cette opinion n'implique ni criminalité, ni incapacité de conception. Ainsi, une veuve peut avoir conçu pendant la vie de son mari ; l'embryon meurt, mais l'œuf n'est pas expulsé. Il reste dans l'utérus fort longtemps après la mort du mari, et quand, enfin, il est rejeté, il ne faut pas que le moindre soupçon puisse atteindre la conduite de la veuve.

La première question qui se présente ensuite au point de vue de la pathologie de ces môles, est de savoir comment ces môles se transforment.

La réponse n'est pas entièrement satisfaisante. En ce qui touche les deux premières espèces dans lesquelles nous rencontrons des caillots de sang par suite de rupture des vaisseaux, des fausses membranes, de la lymphe, il faut admettre comme cause une action inflammatoire. On peut facilement supposer que ces produits subissent une espèce d'organisation qui les assimile aux parties avec lesquelles ils sont en contact et ajoutent au volume de la masse commune. L'importance de cette modification variera suivant l'intensité de la cause. Quant aux môles vésiculaires, on a proposé plusieurs théories pour expliquer leur nature et leur origine. Quelques auteurs les ont considérés comme des acéphalocystes doués d'un très-faible degré de vitalité, mais jouissant cependant d'une existence indépendante. D'autres les regardent comme étant un produit morbide de l'amnios.

[[En France, on n'admet pas que les môles hydatiformes puissent se dé-

(1) Gardien, *Traité d'accouchements*. Paris, 1816.
(2) Montgomery, *Signs of pregnancy*, p. 261, 2e édit.
(3) Ramsbotham, *Medic. Times*, 26 février 1853.
(4) Wilton, *Lancet*, 1er février 1840.

velopper, sans qu'il y ait eu conception, et voici comment on explique ce mode de production de la maladie.

D'après MM. Robin et Littré, les vésicules sont dues à la dilatation des villosités d'une partie ou de la totalité du chorion par une sérosité claire, après que les vaisseaux ont disparu, sous l'influence de la destruction précoce de l'embryon. « Ces vésicules, disent MM. Robin et Littré, sont disposées en grappes ayant la forme des ramifications de chaque viliosité choriale ou placentaire, puisque ce sont leurs subdivisions qui sont dilatées d'espace en espace, sans que les vésicules communiquent les unes avec les autres. Les villosités du chorion continuent à grandir en empruntant par imbibition des matériaux de nutrition à la caduque utérine, bien qu'elles n'aient pas de communications vasculaires directes avec elle, et ne renferment pas de vaisseaux du fœtus (1). »

Cette manière de voir est la seule qui soit acceptée aujourd'hui, et il n'est plus possible d'admettre que ces vésicules soient dues à la présence de vers vésiculaires ou acéphalocystes ; car, ainsi que le fait remarquer M. Joulin (2), les hydatides qui ne sont que des larves de ténias, et qui peuvent se développer dans les cavités closes ou dans l'épaisseur des organes, ne se développent jamais dans les cavités tapissées d'une membrane muqueuse en communication avec l'air extérieur, comme la cavité utérine.

La môle suppose donc toujours la nécessité de rapprochements sexuels, et l'expulsion d'une môle, dit M. Joulin, est la preuve que la femme qui la portait n'est pas vierge.]]

Barne a publié, sur l'anatomie pathologique des môles hydatiques, une très-bonne monographie à laquelle je renverrai le lecteur (4).

§ II. — Symptômes.

Pendant les premiers mois, les symptômes sont absolument ceux d'une grossesse : les règles sont supprimées, l'abdomen augmente de volume et l'on sent distinctement une tumeur utérine; les seins se développent, les aréoles deviennent très-marquées, et un fluide séreux, clair, analogue à du lait, est sécrété par les glandes. De temps en temps, il se produit de la salivation et des malaises dans la matinée; d'autre part, certains signes caractéristiques manquent totalement. Il n'y a pas de ballottement, il n'y a pas de mouvement de fœtus, pas de bruits du cœur du fœtus. J'ai cependant entendu très-distinctinctement le souffle utérin, mais je ne puis dire s'il existe dans tous les cas.

Vannoni a noté une double intonation de ce souffle : l'une rude, l'autre

(1) Littré et Robin, *Dict. de méd.*, 13e édit. Paris, p. 973, art. *Môle.*
(2) Joulin, *Traité complet d'accouchements*, 1867, p. 796.
(3) *Idem*, p. 797.
(4) Barne, *British and foreign med. chir. Rev.*, janvier 1855.

très-douce. Dans la grossesse normale, le souffle doux prédomine, et quand l'enfant est mort ou dans les cas de môles, les deux bruits sont égaux en intensité et en durée (1). La pression sur la tumeur produit quelquefois de la douleur, et il y a généralement par le vagin un écoulement séreux ou sanguinolent. Hildanus et Lhuillier ont rapporté des exemples de môles venant compliquer la grossesse; en pareil cas, le diagnostic est presque impossible. En général, la santé de la malade n'éprouve pas de grands troubles, et les inconvénients qu'elle accuse ne sont pas plus graves que ceux qui sont produits par la grossesse. A un moment, qui est tout à fait incertain, la matrice fait un effort pour expulser ce qu'elle contient, et il se produit alors un travail d'avortement ou d'accouchement normal. Des mucosités s'échappent par le vagin, des contractions utérines douloureuses surviennent, une hémorrhagie plus ou moins abondante a lieu, et après un certain temps la môle est expulsée. L'examen par le vagin, qui devrait être fait au plus tard quand l'écoulement se produit, donnera lieu à quelques soupçons une fois que l'accouchement supposé est un peu avancé. Ainsi, au lieu de la tête, d'une extrémité ou du pelvis, on sent à l'ouverture de l'utérus une masse molle que l'on ne peut guère confondre avec les membranes. Jusqu'à ce qu'on puisse examiner les parties minutieusement, il est impossible de distinguer une môle du produit d'un avortement. Si, comme cela arrive quelquefois, cette masse est adhérente à l'utérus, le cas peut devenir sérieux ; l'écoulement ne s'arrête qu'une fois que l'utérus est vidé. Dans certains cas, la sécrétion lactée se fait régulièrement après la sortie d'une môle ; dans d'autres, il survient une petite fièvre accompagnée de douleurs dans l'hypogastre, et il faut avoir recours aux fomentations à l'extérieur, et à de légers purgatifs. L'âge auquel ces productions morbides se rencontrent généralement varie depuis le moment de l'établissement des fonctions sexuelles, jusqu'à l'époque de la cessation des règles. Si les môles sont expulsées après cette période, on peut être sûr qu'elles avaient été engendrées antérieurement.

Les phénomènes révélés par un examen interne sont, à l'exception du ballottement, ceux de la grossesse ; le col utérin est diminué de longueur, et le corps est hypertrophié.

§ III. — Diagnostic.

1° A côté des ressemblances que nous venons de signaler, il y a entre les môles et la *grossesse* de nombreuses différences; ainsi la durée du développement abdominal au delà de la période de gestation fœtale ; la disproportion entre le volume de la tumeur et l'époque correspondante d'une grossesse, ce qui, avec l'absence du ballottement et des phéno-

(1) *Revue médic.-chir.*, décembre 1848.

mènes stéthoscopiques suffira pour faire reconnaître la nature de la tumeur. On a encore essayé de tirer de l'examen de l'abdomen et des seins d'autres caractères différentiels; mais, de l'avis de la plupart des auteurs, ces symptômes n'ont que peu de valeur.

Il y a cependant deux observations qui méritent d'être citées. Manning dit que la santé des femmes est beaucoup moins troublée que dans la grossesse, et Nauche signale l'hémorrhagie accidentelle comme un élément important de diagnostic. Sir Clarke attache une grande importance à l'écoulement irrégulier d'un liquide aqueux, incolore, inodore, qu'il rapporte à l'ouverture d'une poche hydatique, et assurément l'écoulement d'un liquide sanguin ou séreux dans les cas où le souffle placentaire n'existe pas au niveau de l'utérus est très-significatif. S'il n'existait qu'une seule poche hydatique, ce qui n'est pas rare, elle pourrait aussi être expulsée avec le liquide, et il ne reste plus alors le moindre doute comme diagnostic. Dans quelques cas, ce n'est qu'après la délivrance qu'on reconnaît la nature de la tumeur, et il en est toujours ainsi quand il y a eu à la fois grossesse et môle.

2° Avec la *physométrie;* dans le cas de môles, il n'y a point de résonnance abdominale et la tumeur est beaucoup plus pesante.

3° Avec l'*hydrométrie*, le diagnostic est plus difficile; cependant dans l'hydrométrie, l'accumulation de liquide forme une tumeur plus considérable et on peut sentir la fluctuation.

§ IV. — Traitement.

La découverte de la maladie ne sert qu'à faire surveiller de plus près les malades; car, à moins d'écoulement, il n'y a rien de rationnel à faire jusqu'à ce que les contractions utérines commencent. S'il y a des hémorrhagies fréquentes et abondantes, on pourra les arrêter par le tamponnement du vagin ou par des applications sur la vulve de compresses d'eau froide; ce moyen est-il trop lent, on administrera l'ergot de seigle à petites doses; si ce moyen échoue encore, il faudra poser la question d'une intervention manuelle, savoir, si l'on doit provoquer le travail. Si la tumeur correspondait à une grossesse de sept mois, la main serait introduite dans l'utérus et la môle ramenée au dehors; mais si l'on est à une époque moins avancée, on courrait le risque de faire plus de mal en intervenant qu'en laissant la maladie à elle-même.

Si, pendant la formation de ces tumeurs, il ne survient pas d'hémorrhagie, il est probable qu'elle aura lieu au moment où les contractions utérines commenceront. Il faut agir alors comme dans les cas d'hémorrhagie avant l'accouchement : introduire la main pour aller détacher la masse des hydatides et les ramener au dehors. Un bandage sera ensuite appliqué, la malade sera traitée comme après un accouchement ordinaire, mais il faudra surveiller d'une manière spéciale les écoulements.

CHAPITRE XVI

HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS

[[L'hypertrophie vraie de l'utérus, celle qui consiste dans une augmentation de volume de l'organe, sans altération réelle de sa texture intime, est très-rare. Le plus souvent la maladie qui a été décrite sous ce nom est le résultat d'une inflammation chronique de l'utérus et ne peut être alors considérée comme une hypertrophie véritable, puisque tous les éléments qui entrent dans la constitution de la matrice n'ont pas pris une part égale au développement de l'organe. Le nombre des cas d'hypertrophie diminuera, à mesure qu'on saura mieux les rattacher à l'inflammation chronique, dont ils sont presque toujours la conséquence.

Néanmoins, il est des cas où l'hypertrophie ne paraît pas dépendre manifestement de l'inflammation; ce sont eux qui feront l'objet de notre étude, et dès lors nous n'admettrons pas cette variété d'hypertrophie qui ne porte que sur quelques-uns des éléments pathologiques de l'organe et que M. Courty désigne sous le nom d'*hypertrophie spéciale*, par opposition à celle qui atteint tous les éléments et qu'il appelle *hypertrophie commune*.

L'hypertrophie vraie, qui serait le résultat d'une nutrition anormale et trop active de l'organe, a été désignée par Scanzoni sous le nom de *primitive*, et par Aran sous celui d'*hypertrophie nutritive*.

L'hypertrophie peut être générale, c'est-à-dire étendue à tout l'organe, corps et col, ou bien partielle, c'est-à-dire bornée soit au corps, soit au col, soit à une partie du col. Nous étudierons successivement l'*hypertrophie générale*, puis celle qui siége sur la partie du col saillante dans le vagin, ou *hypertrophie sous-vaginale*, enfin celle qui occupe la partie du col située au-dessus des insertions vaginales, ou *hypertrophie sus-vaginale*.

ARTICLE PREMIER.

HYPERTROPHIE GÉNÉRALE

L'hypertrophie générale est très-rare, elle est caractérisée par l'augmentation de volume de l'organe qui est plus volumineux dans toutes ses parties, mais dont les proportions sont conservées.

§ I. — Causes.

Les causes de l'hypertrophie générale sont assez obscures. Cette maladie, qui a pu être observée chez des enfants ou des jeunes filles, se produit plus souvent après l'âge de la puberté et surtout chez les femmes mariées

et après les accouchements. Dans ce dernier cas on a admis que l'hypertrophie était due à un arrêt de l'évolution rétrograde de l'utérus. On sait en effet que, pendant la grossesse, tous les éléments qui entrent dans la structure de la matrice, se multiplient considérablement, et que les fibres musculaires, difficiles à constater au microscope dans l'état de vacuité de l'organe, deviennent plus nombreuses et beaucoup plus grosses, ce qui permet de les observer bien plus facilement. S'il survient alors, comme l'a fait remarquer Simpson, quelque cause qui mette obstacle à ce travail d'involution, il pourra s'ensuivre une hypertrophie.

L'hypertrophie se rencontre encore souvent dans le cas de tumeurs fibreuses, et cela se comprend alors facilement, car le propre de ces tumeurs étant de solliciter des contractions de l'organe, il en résultera nécessairement, de même que dans l'accouchement, une multiplication des éléments histologiques.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes sont en général de peu d'importance. Les malades se plaignent d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, d'une gêne dans le bassin; quelquefois il existe de la constipation ou des envies fréquentes d'uriner causées par la pression de l'organe sur le rectum ou la vessie.

Quant à la leucorrhée et aux hémorrhagies qui ont été signalées, nous ne pensons pas que ces symptômes puissent être mis sur le compte de l'hypertrophie; ils doivent être bien plutôt attribués à un certain degré d'inflammation chronique de la muqueuse utérine.

Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale permet de constater une tumeur formée par le corps de l'utérus dont elle présente la consistance, et qui est indolore; de plus on perçoit une augmentation de volume du col.

Le cathétérisme utérin permet d'introduire la sonde jusqu'à 8,10 et même 15 centimètres.

Le spéculum permet de constater l'intégrité de la muqueuse du col.

§ III. — Diagnostic.

Le diagnostic le plus important est celui qui consiste à distinguer l'hypertrophie vraie, de l'augmentation de volume qui est due à une métrite chronique. Cette distinction mérite de fixer notre attention à cause de la confusion qui a été faite par un grand nombre d'auteurs, entre ces deux états essentiellement différents.

L'augmentation de volume qui dépend d'une métrite chronique, a été précédée des symptômes de cette maladie, tels que métrorrhagies, leucorrhée utérine, douleur à la pression sur le corps et le col de l'organe;

tandis que l'hypertrophie vraie s'est produite en l'absence de ces signes. Les seules douleurs que l'on observe dans cette dernière maladie, résultent de la compression des divers organes contenus dans le petit bassin par l'utérus devenu volumineux.

Quant au diagnostic avec le phlegmon péri-utérin, les kystes de l'ovaire, les tumeurs fibreuses, l'hydrométrie, la physométrie, les môles, ces maladies présentent des symptômes spéciaux qui permettent facilement de les reconnaître.

§ IV. — Traitement.

Le traitement de l'hypertrophie vraie est à peu près nul, et nous pensons avec M. Courty que si les antiphlogistiques qui ont été conseillés, ont parfois été suivis de succès, c'est que l'on avait affaire alors à une inflammation. C'est pour la même raison que les révulsifs cutanés, les injections vaginales émollientes ou autres, l'hydrothérapie ont réussi dans un certain nombre de cas. Néanmoins, ces moyens ne devront pas être négligés toutes les fois que l'on aura le moindre soupçon qu'il existe un certain degré d'inflammation.

On pourra encore employer l'iodure de potassium à l'intérieur, ou des sachets contenant ce sel, et portés contre le col de l'utérus, — on se trouvera encore bien de faire porter une ceinture abdominale ou hypogastrique.]]

ARTICLE II

HYPERTROPHIE SOUS-VAGINALE

[[L'hypertrophie sous-vaginale, désignée par Huguier (1) sous le nom d'*allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col*, peut occuper l'ensemble de cette partie, ou seulement une des lèvres et principalement l'antérieure, mais ce qu'elle présente de remarquable, d'après Huguier, c'est qu'elle ne se rencontre jamais avec l'hypertrophie de la portion sus-vaginale.

§ I. — Causes.

Cette maladie se développe d'une façon lente, obscure, sans cause connue; d'autres fois sa marche est plus rapide, et elle a paru alors pouvoir être rattachée à un accouchement lent et difficile, à une chute d'un lieu élevé, à une suppression de la menstruation ou à des excès de coït. M. Courty pense que l'hypertrophie qui succède à l'accouchement est due à un arrêt de l'involution de l'utérus ; M. West admet aussi cette cause,

(1) Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1860.)

mais principalement pour l'hypertrophie qui est bornée à l'une des lèvres et surtout à l'antérieure.

M. Guéniot (1) distingue à juste titre l'*allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse* et l'*accouchement* de l'allongement hypertrophique et du prolapsus simple. La maladie, qui est due alors à une infiltration de sérosité dans l'épaisseur des tissus, à un véritable œdème du col, diffère totalement de l'allongement hypertrophique et ne peut à aucun titre rentrer dans l'étude de cette maladie.

§ II. — Anatomie pathologique.

L'hypertrophie de la portion sous-vaginale du col se présente sous forme d'une augmentation de volume que l'on peut rattacher à trois types principaux. Dans une première variété, l'hypertrophie envahit l'ensemble de la portion sous-vaginale du col. L'organe, qui représente à l'état normal un cône à base supérieure, se renfle vers sa partie libre, de telle façon qu'on a pu le comparer alors à un battant de cloche, ou à une massue, ou au gland du pénis (fig. 84), ou bien la conicité normale du col s'exagère, et l'orifice du col se rétrécit ordinairement (fig. 85), ou enfin le col devient cylindrique. L'hypertrophie qui prend la forme conique se rencontre de préférence chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

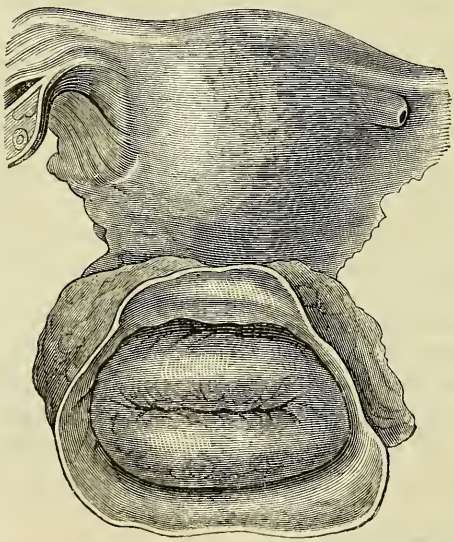


Fig. 84. — Hypertrophie en massue. (Courty.)

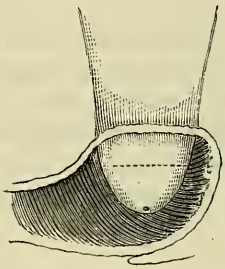


Fig. 85. — Hypertrophie conique.

Dans la forme cylindrique le col peut s'allonger considérablement et

(1) Guéniot, *Sur l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement*. Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 6 janvier 1872.

Bennet rapporte qu'il a vu le col avoir ainsi 9 centimètres de longueur et saillir en dehors de la vulve sous forme d'un doigt volumineux.

Dans la seconde variété, les deux lèvres se développent isolément de manière à former deux languettes pendantes dans le vagin et entre lesquelles se trouve une fente transversale au fond de laquelle se trouve le col utérin, la partie ressemble alors, dit Huguier, à une mitre renversée. Dans la troisième variété, une des lèvres seulement se développe, et se présente sous forme de languette, le col occupe alors un point plus ou moins éloigné du sommet de cette lèvre ; c'est cette déformation que Scanzoni a décrite sous le nom de *prolongement en forme de trompe*.

Dans cette dernière variété qui siége plus souvent sur la lèvre antérieure que sur la postérieure on rencontrerait assez souvent d'après Virchow un développement exagéré des papilles et des glandes. M. Gripat (1) a présenté à la société anatomique, une lèvre antérieure du col ainsi hypertrophiée qui avait été enlevée par M. Panas, et qui permit de constater que l'on avait affaire à une hypertrophie simple, en même temps qu'à la transformation kystique des œufs de Naboth.

§ III. — Symptômes.

La maladie ne se révèle pas en général par des signes bien marqués; il existe quelquefois un peu de malaise, une sensation de choc contre la vulve, ou contre l'anus quand les malades s'asseyent brusquement. D'autres fois les malades voient, quand elles font un effort ou quand elles marchent, le col venir faire saillie à la vulve.

Après un certain temps, il survient assez souvent des douleurs, des tiraillements dans les lombes, dans l'abdomen, des métrorrhagies, dues alors à la production de phénomènes inflammatoires. Chez quelques femmes la miction est plus fréquente, mais, le plus ordinairement, il se produit une constipation opiniâtre à cause de la compression du rectum par le col.

Le toucher vaginal permet de reconnaître les diverses déformations du col que nous avons signalées.

Le spéculum est quelquefois difficile à introduire, le vagin étant pour ainsi dire rempli par le col; de plus il arrive fréquemment que l'instrument, glissant entre les parois du vagin et le col, ne rencontre pas cet organe.

L'hystéromètre, qui pénètre souvent à 8 ou 13 centimètres, permet non-seulement de constater la longueur de l'hypertrophie, mais aussi de constater, lorsqu'on porte avec précaution la main sur l'hypogastre, que l'utérus a conservé sa situation normale.

Cette maladie présente une durée illimitée et n'est pas en général bien

(1) Gripat, *Bulletin de la Société anatomique*, 18 août 1872.

grave, par elle-même, elle ne devient sérieuse que par la gêne et les douleurs qu'elle peut déterminer à un moment donné, et aussi, parce qu'elle gêne les rapprochements sexuels et apporte un obstacle à la conception.

§ IV. — Diagnostic.

Le diagnostic doit être fait avec l'abaissement de la matrice, le renversement et les polypes. L'allongement hypertrophique, longtemps méconnu et confondu avec l'abaissement de la matrice, n'est bien étudié que depuis le mémoire de M. Huguier.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE.	ABAISSEMENT.
Le corps et le fond de l'utérus ont conservé leur situation normale.	Le col et le corps sont abaissés et descendus ensemble vers la vulve.
Le vagin présente sa longueur et sa hauteur normales.	Le vagin est raccourci, les culs de-sac utéro-vaginaux sont abaissés ; l'extrémité supérieure du vagin adhérente au col est invaginée dans la portion inférieure de ce conduit.
Le col une fois réduit, le doigt perçoit toujours le col avec la même longueur.	Quand on réduit le prolapsus, le vagin reprend sa longueur et l'on perçoit le col avec ses caractères à peu près normaux.
ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE.	**INVERSION.**
Le corps utérin conserve sa forme et sa situation habituelles.	Le corps de l'utérus renversé dans le vagin n'occupe plus sa place ordinaire.
Le sommet de la tumeur présente un orifice formé par l'ouverture du col.	Pas d'orifice à ce sommet.
La tumeur se présente sous forme de cylindre ou de cône renversé à surface lisse, polie, rosée.	Tumeur piriforme, cône à sommet supérieur, à surface rouge, tomenteuse.
ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE.	**POLYPE.**
Il n'existe pas de bourrelet à la base de la tumeur.	A la base de la tumeur on trouve un bourrelet formé par le col qui entoure cette base.
Ouverture au sommet de la tumeur.	Pas d'ouverture à la surface de la tumeur.

On doit encore faire le diagnostic entre un polype qui a pris naissance sur l'une des lèvres du col, et l'hypertrophie isolée d'une des lèvres, « dans ce cas, dit Huguier, la couleur, la consistance, la forme et la sensibilité de la tumeur qui en général ne sont pas les mêmes dans les deux cas, tireront le clinicien d'embarras. »

§ V. — Traitement.

La maladie n'étant pas grave par elle-même, on ne devra recourir à un traitement énergique que si la malade est incommodée par la présence de sa tumeur, et l'on s'en tiendra à quelques palliatifs, tels

que, injections vaginales astringentes, ou quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, les acides et le nitrate acide de mercure; mais nous ne devons guère compter sur ces moyens, qui sont peu efficaces.

Si l'hypertrophie n'est pas très-considérable, on pourra alors recourir à la destruction des tissus par des applications successives de pâte de Vienne ou de caustique Filhos, ou par le fer rouge. Mais ces applications seront formellement contre-indiquées s'il existe quelque complication phlegmasique des tissus péri-utérins. Nous arrivons maintenant aux moyens plus énergiques et qui permettent de débarrasser les malades sérieusement incommodées par la présence de la tumeur et qui sont assez jeunes, pour pouvoir être fécondées.

1° L'écrasement linéaire préconisé par M. Chassaignac est rejeté par Huguier et Marion Sims, qui lui reprochent de rendre l'opération longue et douloureuse, de provoquer des syncopes et des troubles nerveux, d'exposer à étreindre la vessie et d'ouvrir le péritoine. L'amputation par l'écraseur linéaire ne doit être faite, d'après Huguier, que si la base de la tumeur est volumineuse et pourvue d'artères très-développées, car ce moyen met mieux que les autres à l'abri des hémorrhagies.

2° L'amputation à l'aide du bistouri pratiquée par Dupuytren, Lisfranc et Kiwisch doit être faite comme le conseille Huguier, non en attirant le col à la vulve, mais au fond du vagin.

3° L'amputation à l'aide des ciseaux, préconisée par M. Sims, se fait de la manière suivante : un ténaculum est fixé à la lèvre antérieure, afin d'attirer légèrement le col en avant et de le tenir immobile; on fait ensuite avec des ciseaux, des deux côtés du col, une incision jusqu'à 4 ou

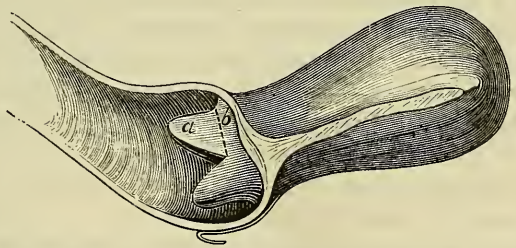


Fig. 86. — Hypertrophie du col. — Sections latérales du col de l'utérus. (D'après M. Sims.)

5 millimètres de l'insertion du vagin (fig. 86), et on enlève la moitié antérieure, puis la moitié postérieure du col ainsi séparé.

On traverse ensuite les bords de la plaie avec quatre sutures d'argent (fig. 87) de manière à ramener la membrane muqueuse vaginale par-dessus la plaie du col, en réservant toutefois au centre un orifice correspondant à celui du canal cervical (fig. 88). Les sutures sont enlevées au bout de neuf à dix jours.

Si l'on recherche maintenant les dangers de l'amputation du col, on

s'aperçoit qu'ils sont peu nombreux puisque Lisfranc ne perdit que deux malades sur quatre-vingt-dix-sept, M. Sims une malade sur trente-six, et que Huguier n'a eu aucun revers sur trente opérations.

4° En dernier lieu, nous devons placer l'amputation à l'aide d'*un fil de platine rougi par l'électricité*. Ce moyen, qui commence à entrer dans la pratique, mérite à juste titre d'être généralisé, car il présente de grands avantages sur les autres méthodes. Voici comment on devra pratiquer

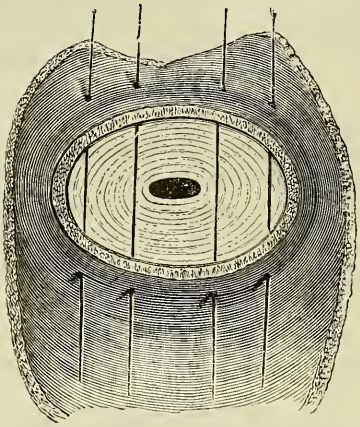


Fig. 87. — Hypertrophie du col. — Dispositions des sutures métalliques. (D'après M. Sims.)

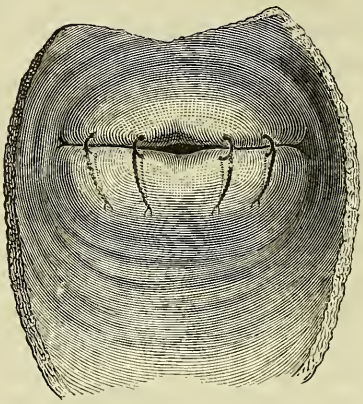


Fig. 88. — Hypertrophie du col. Aspect du col après que les sutures ont été appliquées, et la surface de section recouverte. (D'après M. Sims.)

l'opération. La malade étant placée sur le dos et le col mis à découvert à l'aide d'un spéculum de bois destiné à préserver les parois vaginales, on placera l'anse de platine vers la base du col à 4 ou 5 millimètres de l'insertion vaginale. L'anse de platine portée au rouge par le courant de la pile au bichromate de potasse sera rétrécie à mesure que les tissus seront sectionnés.

Il s'écoule en général peu de sang, surtout si l'anse de platine n'a pas été portée à une trop haute température.

Lorsque la section est opérée, la malade sera tenue au repos pendant un certain temps; puis lorsque l'escharre due à la cautérisation du fil incandescent sera détachée, la cicatrisation se fera comme dans une plaie ordinaire.]]

ARTICLE III

HYPERTROPHIE SUS-VAGINALE

[[L'hypertrophie sus-vaginale, désignée le plus souvent sous le nom d'*allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col*, est constituée par une augmentation de volume et un allongement de la partie du

col située au-dessus du vagin, sans augmentation de volume notable de la portion sous-vaginale et du corps de l'utérus.

Nous avons vu que l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col avait pu être confondu avec le prolapsus utérin ; mais c'est surtout l'hypertrophie sus-vaginale qui a donné lieu a des erreurs de diagnostic, et Huguier pense que « la maladie désignée sous le nom de *prolapsus*, de *précipitation* ou de *chute complète de la matrice* n'est autre chose, dans la très-grande majorité des cas, qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'utérus, dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal (1). »

Depuis la publication de ce mémoire, qui a donné lieu au sein de l'Académie de médecine à des discussions passionnées (2), presque tous les auteurs admettent avec Huguier qu'un grand nombre de cas de prolapsus consignés dans la science ne sont en réalité que des allongements hypertrophiques de la portion sus-vaginale du col. Néanmoins il existe des faits certains de prolapsus véritable, mais ces faits sont bien moins communs que ne le pensaient les auteurs anciens.

§ I. — Anatomie pathologique.

La portion sus-vaginale du col, considérablement allongée, souvent aussi augmentée de volume et recouverte du vagin retourné à la manière d'un doigt de gant, constitue la tumeur saillante au dehors de la vulve. Dans certains cas, la matrice participe au mouvement hypertrophique ; mais toujours elle conserve sa situation normale dans la cavité pelvienne.

L'insertion du vagin sur le col, qui se fait normalement à environ 1 centimètre du sommet de ce col, a lieu à 2 ou 3 centimètres de ce sommet par suite d'un certain degré d'hypertrophie qu'il a lui-même subi. La longueur totale de l'organe ainsi allongé mesure ordinairement de 10 à 15 centimètres.

A mesure que le col utérin s'abaisse, il entraîne, avec lui les insertions du vagin qui se renverse, et qui à un moment se trouve ne plus présenter de culs-de-sac, quand la tumeur a acquis un volume suffisant. C'est ce vagin ainsi retourné qui enveloppe la tumeur. Le vagin, exposé à l'air, subit quelques modifications ; tantôt sa surface est lisse, polie, luisante, de couleur rosée, ou rouge ; tantôt elle est plus pâle, rugueuse et assez semblable à la peau, quand la tumeur devenue saillante à l'extérieur ne rentre pas.

(1) Hugier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. 1860, p. 49.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1858-59, tome XXIV, *passim*.

La vessie subit ordinairement un déplacement notable (fig. 89), elle est entraînée et située à la partie antérieure de la tumeur. La direction de l'urèthre est changée (fig. 90), son extrémité supérieure est devenue infé-

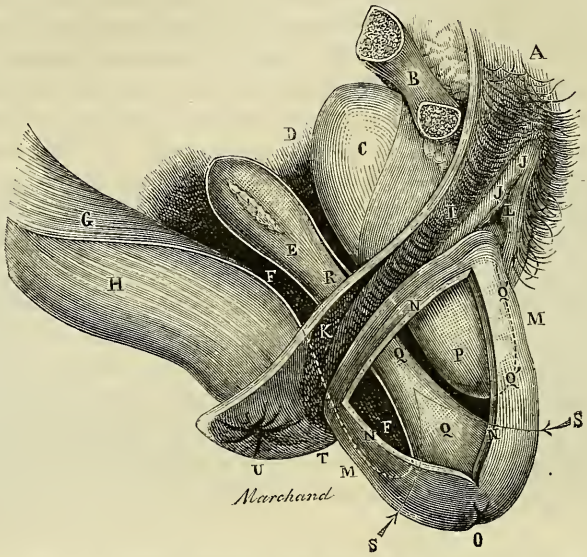


Fig. 89. — Rapports de la vessie et du rectum avec le col et le corps de l'utérus, dans l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. (Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. 1860.) (*)

rieure et sa direction, qui était de bas en haut et d'avant en arrière, est maintenant de haut en bas. Le méat, au lieu d'être saillant, est enfoncé et comme caché sous le clitoris ; les uretères sont allongés pour atteindre la vessie déplacée et placés sur les parties latérales de la tumeur.

Le rectum peut aussi être déplacé; mais, tandis que Huguier admet

(*) Les organes sont disséqués; la paroi latérale droite du vagin renversé est enlevée, afin de montrer les parties qui entrent dans la composition de la tumeur sous-vulvaire, ainsi que les rapports de ces parties entre elles. — A. Mont de Vénus. — B. Portion droite de la symphyse pubienne, sciée au niveau du trou obturateur. — C. Portion supérieure et rétro-pubienne de la vessie. — D. Cul-de-sac péritonéal antérieur s'arrêtant au-dessous et au niveau des parties molles qui ont été conservées. Grande lèvre droite I. Place du pli génito-crural K. — E. Corps de l'utérus vu par son bord droit. Les annexes correspondantes sont enlevées afin de ne pas compliquer la pièce. — F F. Cul-de-sac péritonéal postérieur, se prolongeant jusqu'à 2 centimètres et demi du museau de tanche. — G. Lame péritonéale à plis longitudinaux, et qui est la continuation du feuillet postérieur du cul-de-sac péritonéal postérieur. — H. Rectum.

Organes génitaux externes, composition de la tumeur. — I Grande lèvre droite. — JJ. Nymphe droite et sommet du clitoris. — K. Pli génito-crural. — L. Méat urinaire. — MM. Paroi vaginale antérieure et postérieure. — NNN. Tranche de la coupe faite pour enlever la paroi latérale droite du vagin. — O Orifice à direction transversale du museau de tanche. — P. Bas-fond de la vessie faisant hernie dans la tumeur. — QQ Portion sus-vaginale du col de l'utérus, allongée et hypertrophiée. — Q'Q'. La ligne courbe ponctuée que représente, sous la paroi antérieure du vagin, la partie herniée de la vessie. — R. Portion sus-vaginale du corps de l'utérus, allongée et hypertrophiée. — SS. Les deux lignes ponctuées qui montrent le trajet que parcourt l'instrument tranchant dans l'amputation de la portion sus-vaginale du col. — T. Périnée. — U. Orifice anal.

qu'il participe à la formation de la tumeur une fois sur trois, M. Cruveilhier croit qu'il n'y a rectocèle qu'exceptionnellement ; c'est la paroi antérieure seulement de l'organe qui est entraînée et qui vient former une ampoule dans laquelle les matières fécales peuvent s'accumuler.

La situation des culs-de-sacs formés par le péritoine en avant et en arrière de l'utérus est importante à connaître, car ils risqueraient d'être

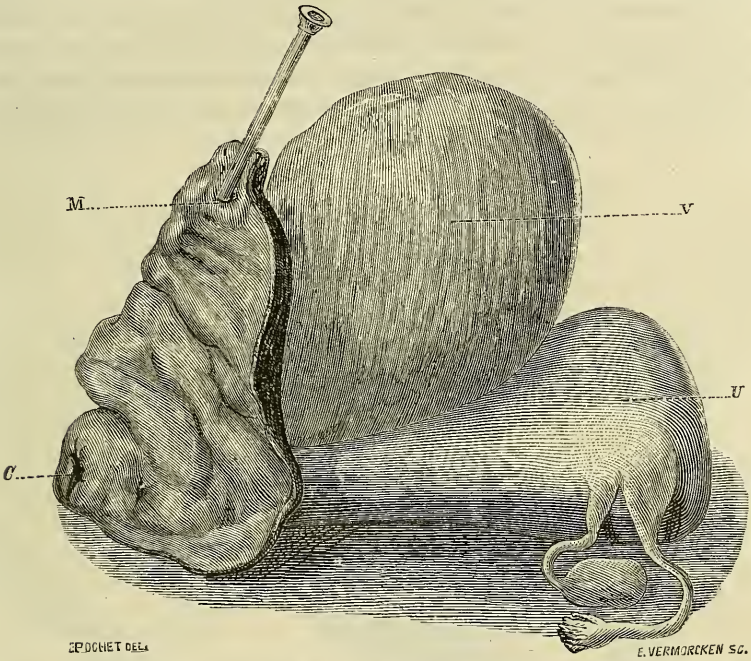


Fig. 90. — Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Rapports avec la vessie et le vagin. (Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.*) (*)

ouverts pendant l'opération si l'on n'y prenait garde. Le cul-de-sac postérieur descend en général à 2 ou 3 centimètres au-dessus du niveau de la lèvre postérieure, mais quelquefois il a pu descendre plus bas et même dépasser ce niveau de 3 ou 4 centimètres, de telle façon qu'il forme la partie la plus basse de la tumeur. Le cul-de-sac antérieur ne descend jamais aussi bas, il reste en général au moins à 6 centimètres au-dessus du bord antérieur du museau de tanche.

Les ligaments larges, les ovaires, les trompes, ont conservé leur situation normale.

(*) V. Vessie. — M. Orifice de l'urèthre avec une sonde introduite dans son ouverture pour montrer la direction de l'urèthre ainsi que la portion de vessie entraînée au dehors, et située dans la partie antérieure de la tumeur. — C. Orifice externe du col. — U. Corps de l'utérus. (Dessin d'après nature, par M. Rosapelly.)

Le volume de la tumeur est variable, on l'a vue présenter 20 centimètres de longueur sur 11 de largeur; sa forme est en général ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas.

§ II. — Causes.

Les causes de l'hypertrophie sus-vaginale sont assez obscures; Huguier lui-même, qui a étudié cette maladie avec le plus grand soin, n'est pas arrivé à discerner ces causes d'une façon précise. Cet auteur a pensé que l'accouchement pouvait être invoqué dans un certain nombre de cas, principalement lorsqu'il a été laborieux et difficile ou lorsqu'il a nécessité

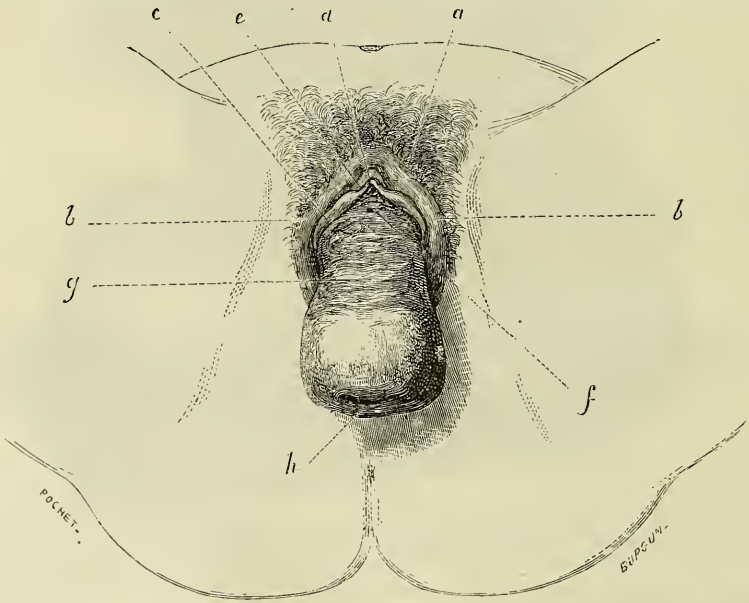


Fig. 91. — Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col (*).

l'intervention de l'art, parce que c'est la partie supérieure du col qui supporte le plus longtemps la pression du fœtus et qui est la plus contusionnée, par le passage de la tête, les instruments ou la main de l'accoucheur introduits dans la cavité de l'utérus. Il se pourrait alors, pense M. Gallard, qu'un travail phlegmasique succédant aux irritations traumatiques, surajoutât son action pour favoriser l'hypertrophie du col ; on a encore pensé que l'élongation pourrait être due à la traction du vagin

(*) Cette figure, qui porte le titre de prolapsus de l'utérus, doit être considérée comme un cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.— *aa*, partie de la peau du pubis; *b*,*b*, lèvres externes; *c*,*c*, nymphes; *d*, tête du clitoris; *e*, prépuce du clitoris; *f*, orifice de l'urèthre; *g*, surface interne du vagin renversé par le prolapsus de l'utérus; *h*, prolapsus de l'utérus. (Baillie, *Morbid Anatomy*, fasc. 9, pl. v, fig. 2.)

sur le col, quand ce vagin fortement dilaté est flasque et tend à être expulsé au dehors, principalement quand le périnée a été déchiré à la suite d'un accouchement ou quand la vulve est largement dilatée.

§ III. — Symptômes.

Tout d'abord, on constate la présence d'une tumeur saillante en dehors de la vulve, et se présentant avec les caractères que les auteurs ont assignés au prolapsus utérin (fig. 91 et 92).

Le doigt, cherchant à pénétrer dans le vagin, ne peut y parvenir, la cavité vaginale étant supprimée.

Si l'on pratique le toucher rectal, on peut introduire le doigt dans l'am-

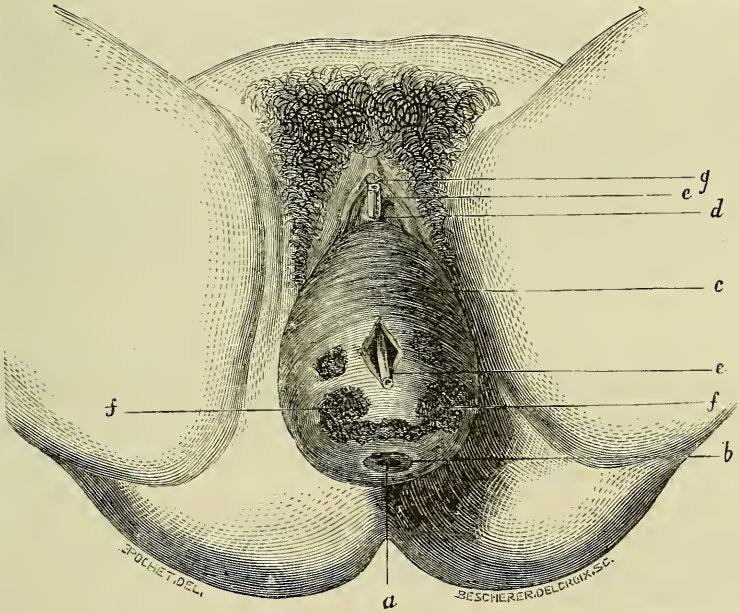


Fig. 92. — Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — Situation de la vessie et direction de l'urèthre (*).

poule, formée par la paroi antérieure de l'intestin, quand il y a rectocèle; si le doigt remonte en suivant la partie antérieure, il perçoit le col de l'or-

(*) Ce dessin a été pris par Boivin et Dugès sur une femme vivante de 60 ans qu'ils ont cru être atteinte de prolapsus complet de l'utérus et qui n'avait d'après M. Gallard rien autre chose qu'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col avec renversement du vagin et du fond de la vessie.— *a*, orifice utérin ou uréthro-vaginal de l'utérus; *b*, orifice supérieur du vagin devenu inférieur; *cc*, face muqueuse du vagin; *d*, méat urinaire; *ee*, un stylet est passé de haut en bas dans le col de la vessie, et une ouverture idéale est pratiquée à la paroi du vagin correspondante à la vessie, pour faire voir le renversement de l'organe urinaire. — Le fond de l'utérus se trouvait à peu près à l'angle supérieur de l'ouverture idéale. — La femme urinait en comprimant la tumeur : l'urine remontait par le méat urinaire *d*; mais il restait toujours un peu de liquide dans la vessie; *f*,*f*, ulcérations déterminées par l'écoulement de l'urine sur cette portion renversée du vagin; *g*, le clitoris. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. X, fig. 1.)

gane sous forme d'une tige assez ferme, et plus haut le corps dont il est impossible d'atteindre le fond à cause de sa situation élevée.

L'hystérométrie est ici d'une grande importance diagnostique, l'instrument pénètre souvent à 10, 12 centimètres et même quelquefois au delà.

Le cathétérisme de la vessie ne peut plus se faire dans les conditions ordinaires ; il faut, lorsque le méat a été franchi, porter le bec de la sonde en bas vers la partie inférieure de la tumeur (fig. 92).

La miction et la défécation sont assez souvent troublées; il existe des besoins fréquents d'uriner, l'urine coule en bavant sur la surface de la tumeur et la malade est souvent obligée de presser sur sa tumeur pour faciliter l'évacuation de ce liquide. Les matières fécales peuvent s'accumuler dans l'ampoule formée par le rectum à la partie postérieure de la tumeur et être assez difficilement expulsées.

De plus, il existe quelques douleurs, des tiraillements dans les régions lombaires, ou hypogastriques, une abondance plus considérable des règles, de la difficulté ou même l'impossibilité de se livrer au coït, et comme conséquence la stérilité.

Cette maladie ne tend guère vers la guérison, elle s'accroît même plutôt que de rester stationnaire ; elle n'est pas grave, en ce qu'elle ne fait pas courir de dangers pour la vie, mais elle cause une gêne considérable et empêche les malades de se livrer à des occupations sérieuses.

§ IV. — Diagnostic.

Cette maladie doit surtout être distinguée du prolapsus avec lequel elle a été si longtemps confondue.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE.	PROLAPSUS.
L'hystéromètre pénètre à 9, 12, 15 et même 20 centimètres.	L'hystéromètre ne pénètre qu'à 6 ou 7 centimètres.
Le fond de l'utérus peut être perçu par la palpation abdominale quand l'hystéromètre est dans la cavité de la matrice.	Le fond ne peut être perçu.
Si on presse la tumeur entre deux doigts au point où elle se rattache à la vulve, il n'y a pas de vide en ce point.	Si on presse la tumeur au même point, on sent un vide, et au-dessous la présence du fond de la matrice.
Une sonde introduite dans la vessie et dirigée en arrière vers le rectum n'est pas perçue par le doigt introduit dans cet intestin.	Une sonde, dirigée de la même façon, est perçue par le doigt à travers une mince couche de tissus, la sonde passant au-dessus du corps de l'utérus.
Le toucher rectal permet de rencontrer en avant la tige formée par le col, et n'arrive pas au fond de la matrice.	On ne rencontre pas la tige, et l'on peut sentir le fond de l'utérus.
Si l'on cherche à réduire la tumeur, le commencement de la réduction est facile, la rentrée de la tumeur s'opère graduellement sans soubresaut jusqu'au moment où le museau de tanche est remonté au niveau de l'orifice vulvaire, mais alors la malade éprouve de la gêne.	Si l'on cherche à réduire, le premier temps, qui coïncide avec le passage du corps de l'utérus à travers l'orifice vulvaire, est difficile, mais après, la réduction est facile; les parties semblent remonter d'elles-mêmes et la femme est alors soulagée.

Quant au diagnostic avec un renversement de l'utérus, un polype, l'hypertrophie sous-vaginale, il suffit de se rappeler les signes propres à chacune de ces maladies pour ne pas commettre d'erreur.

§ V. — Traitement.

Le traitement qui consiste à refouler la tumeur, et à la maintenir ensuite réduite en pratiquant l'occlusion de la vulve, ou à l'aide d'un pessaire, ne peut guère être conseillé, car le col, une fois rentré dans le vagin, se courbe et vient presser douloureusement sur l'un ou l'autre des organes pelviens.

Le seul traitement efficace consiste à faire l'opération désignée par Huguier sous le nom d'*amputation conoïde du col.*

Elle mérite d'autant mieux d'être faite que Huguier a eu 14 succès sur 14 opérations et M. Chassaignac, 6 succès sur 6 malades.

L'opération consiste à retrancher non-seulement la partie sous-vaginale du col, mais aussi une partie assez étendue de la portion sus-vaginale.

Voici comment Huguier pratique l'opération : la femme étant couchée sur le dos, dans la position que l'on donne aux femmes pour l'examen au spéculum et le col étant saisi solidement à l'aide d'une pince de Museux, le chirurgien introduit un doigt dans le rectum ; puis, le recourbant en avant, il le fait saillir au point le plus déclive de la tumeur; se guidant alors sur ce doigt, afin d'éviter de blesser le rectum et le cul-de-sac péritonéal qui descend parfois très-bas, il fait en avant de ce doigt une incision semi-lunaire, à concavité dirigée en avant et en haut, qui embrasse la moitié postérieure du museau de tanche. Cette première incision a 3 à 4 millimètres de profondeur ; puis, par des incisions lentes et successives, il entame toute l'épaisseur du tissu utérin, en se dirigeant obliquement vers la cavité du col.

Cette première partie de l'opération une fois terminée, on introduit dans la vessie une sonde d'homme dont un aide fait saillir le bec vers la partie la plus déclive de la vessie; puis on pratique à 1 centimètre au-dessous du bec de la sonde une seconde incision semi-lunaire, à concavité postérieure et dont les extrémités rejoignent celles de l'incision postérieure. Le chirurgien sépare ensuite, par une dissection attentive, la vessie du col dans une étendue de 4 centimètres environ; alors, entamant obliquement le tissu utérin, en se dirigeant vers le canal cervical, la surface de section antérieure finit par rejoindre la postérieure.

La surface ainsi enlevée a la forme d'un cône dont la base répond à l'extrémité inférieure du col.

S'il s'écoule un peu de sang, comme il est assez difficile de porter une ligature ordinaire sur le tissu utérin qui est dense, Huguier traverse la partie qui laisse écouler le sang, à l'aide d'une épingle recourbée en forme d'hameçon, et sur laquelle il étreint les tissus de la même manière

qu'on fait la ligature d'un vaisseau à l'aide du ténaculum. L'épingle est laissée en place, après qu'on a eu soin d'en couper la pointe, jusqu'à ce qu'elle tombe d'elle-même, elle est alors retirée du vagin à l'aide d'un bout de fil qu'on a préalablement attaché à sa tête.

L'opération ainsi terminée, ce qui reste de la tumeur est réduit. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie, une mèche de charpie est placée dans le vagin et maintenue à l'aide d'un bandage en T. Puis la malade est placée au lit. Dans le but de prévenir les inflammations consécutives, Huguier recommande avec grand soin, de faire la veille de l'opération et le lendemain, une friction sur les cuisses de la malade avec l'huile de croton tiglium, dans le but de provoquer une éruption dérivative du côté de la peau.]]

CHAPITRE VII

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS (1).

[[Les tumeurs, désignées par Cruveilhier sous le nom de *tumeurs fibreuses*, ont encore été appelées *corps fibreux*, *fibroïdes*, *fibromes*, *myomes* par Virchow, et *hystéromes* par M. Broca.

Elles seraient, d'après les auteurs modernes, des excroissances en connexion plus ou moins intime avec le parenchyme utérin, et formées des mêmes éléments histologiques.]]

Ces tumeurs n'ont en général aucune influence sur la constitution, et les désordres qu'elles entraînent sont tout locaux et tout mécaniques. Il

(1) Bibliographie : Blandin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Fibreux (Corps). Paris, 1832, t. VIII, p. 73. — Velpeau, *Éléments de médecine opératoire*, 1832, t. III, p. 614; 1839, t. IV, p. 380. — Maslieurat-Lagemard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1836. — Arnolt, *Med. chir. Transactions*, 1840. — Troussel, *Revue médicale*, août 1840. — J.-Z. Amussat, *Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus*. Paris, 1842. — Marchal (de Calvi), *Observations et remarques sur la cure spontanée des polypes utérins* (*Annales de la chirurgie*. Paris, 1843, t. VIII, p. 385). — Le Piez, *Journal de chirurgie* de Malgaigne, 1845, p. 90. — Bénard, *Sur les corps fibreux de la matrice* (*Journal de Bruxelles*, janvier 1847). — Barth, *Bulletins de la Société anatomique*, 1848, t. XXIII, p. 250, et 1850, p. 82. — Huguier, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1849. — Jarjavay, *Opérations applicables aux corps fibreux*, thèse de concours. Paris, 1850. — Houel, *Bulletins de la Société anatomique*, 1850. — Maisonneuve, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1851, p. 267. — Danyau, *Dystocie par obstruction presque complète du bassin, due à la présence d'une énorme tumeur fibreuse de l'utérus* (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1851, t. XVI, p. 691). — Foucher, *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 291. — Gensoul, *Rev. méd.-chir.*, 1851. — Boscredon, *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 332. — Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 362. — West, *Diseases of women*. London, 1856. — Duclos, *Moniteur des hôpitaux*, 1857, p. 489. — Shloss, *Bulletins de la Société anatomique*, 1858, p. 475. — Beck, *Bulletin de thérapeutique*, 1858. — Guyon (Félix), *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1860.

est très-rare qu'elles s'enflamment ou s'ulcèrent et jamais elles n'ont de caractère malin.

La seule division que je crois nécessaire d'établir est entre les tumeurs *pédiculées* ou *polypes* et les tumeurs *non-pédiculées*.

La structure de ces deux espèces de tumeurs est identique, mais les symptômes, les conséquences et le traitement sont entièrement différents.

Examinons d'abord les tumeurs non pédiculées.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS FIBREUSES NON PÉDICULÉES

Ces tumeurs ne sont pas rares après l'âge de quarante ans : elles se rencontrent aussi souvent chez les femmes non mariées que chez les filles. Bayle (1) est même d'avis qu'elles sont plus communes chez les femmes qui sont restées vierges. Sur 5 vieilles femmes, il dit que l'on rencontre au moins une fois des tumeurs fibreuses. Sur 20 utérus examinés par Portal, 13 fois il a trouvé des tumeurs fibreuses. Sir Clarke n'en a jamais rencontré chez les femmes au-dessous de vingt ans. H. Lebert (2) en a vu de toutes les dimensions, depuis le volume d'une amande jusqu'à celui d'une tête d'adulte. Ch. D. Gaultier de Claubry (3) a vu une tumeur fibreuse qui pesait 39 livres, et qui mesurait dans sa circonférence verticale 35 pouces 3 lignes, et dans sa circonférence transversale 29 pouces 3 lignes. Kummer a décrit une tumeur fibreuse qui pendait extérieurement et dont le pédicule avait un pouce d'épaisseur. Cette tumeur pesait 40 livres ; elle mesurait 46 pouces

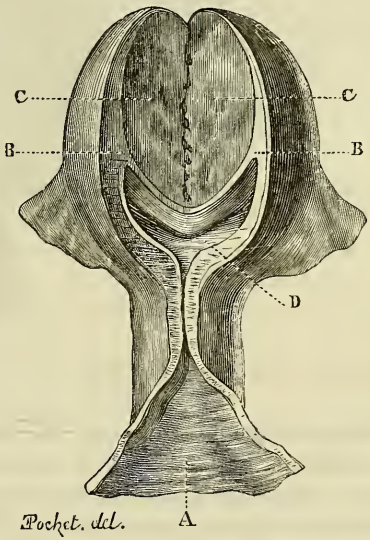


Fig. 93. — Tumeur fibreuse développée à l'intérieur de la cavité utérine (*).

(1) Bayle, *Journal de médecine*, 1802, t. V, p. 62. — *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1813, t. VII, art. CORPS FIBREUX DE LA MATRICE, p. 69.

(2) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1857, t. I, p. 164.

(3) Ch.-D. Gaultier de Claubry, *Observation sur une tumeur squirrheuse d'un volume considérable, prenant naissance dans le tissu caverneux de la matrice* (*Journal gén. de méd.* de Sédillot. Paris, 1810, t. XXXIX, p. 274).

(*) A, vagin : il a conservé sa forme et sa longueur. — B. Parois de la tumeur fibreuse. — C. Coupe de cette tumeur. — D. Portion de la cavité utérine restée libre. (*Musée* DUPUYTREN, n° 366.)

sur un point de sa circonférence et présentait un diamètre de 13 pouces.

Il serait facile de multiplier les exemples de ce genre, mais il est plus important de faire remarquer que les conséquences de ces diverses tumeurs ne sont pas du tout en raport avec leurs dimensions. Les tumeurs fibreuses peuvent être uniques (fig. 93) ou bien elles sont formées par une agglomération de petites tumeurs dont chacune a sa capsule propre, mais qui, réunies, forment en apparence une seule masse; cette disposition rend les recherches très-difficiles pour le médecin (1). Ces tumeurs peuvent être logées dans l'épaisseur des parois utérines ou bien elles sont placées

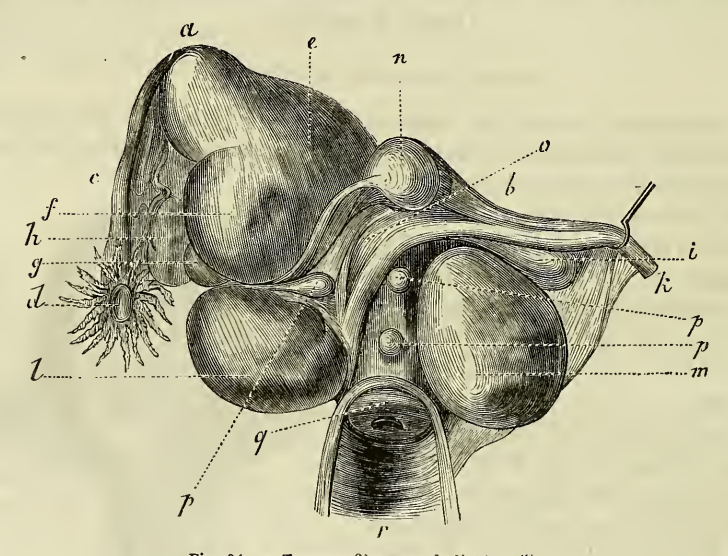


Fig. 94. — Tumeurs fibreuses de l'utérus (*).

immédiatement au-dessous soit de la membrane muqueuse, soit de la membrane séreuse. [[D'où la dénomination de tumeurs *interstitielles*, *sous-muqueuses* ou *sous-péritonéales*.]] Elles font alors saillie extérieurement ou intérieurement, elles changent notablement la forme de la matrice et en diminuent la capacité.

[La figure 94 est un exemple des changements de forme que l'utérus peut subir. Pendant la vie, on avait diagnostiqué une grossesse extra-utérine; à l'autopsie, on constata l'existence d'une collection de tumeurs fibreuses.]

(1) Ch. Clarke, *On diseases of females*. London, 1831, vol. II, p. 208.

(*) *a*, angle latéral droit de l'utérus; *b*, angle latéral gauche; *c*, trompe utérine droite; *d*, pavillon de la trompe; *e*, première tumeur fibreuse; *f*, deuxième tumeur fibreuse; *g*, petite portion de la troisième tumeur; *h*, ovaire droit; *i*, ovaire gauche; *k*, ligament rond droit; *l*, *m*, tumeurs fibreuses secondaires développées dans le tissu cellulaire; *n*, tumeur fibreuse pédiculée; *oo*, repli du péritoine; *p*, *p*, petites tumeurs à l'état naissant; *q*, museau de tanche normal; *r*, vagin à l'état normal. (Boivin et Ducès, *Atlas*, pl. XIV.)

§ I. — Siége.

Il est très-rare que le point d'origine soit près du col. Après avoir passé en revue soixante- quatorze préparations dans les musées de Londres, M. Th. Stafford Lee (1) établit que le siége le plus ordinaire de ces tumeurs est immédiatement sous la muqueuse au-dessous des orifices des trompes de Fallope, sur la paroi postérieure et près du fond de l'utérus, très-rarement sur la paroi antérieure, et moins souvent encore le col.

§ II. — Anatomie pathologique.

[[Ces tumeurs, quand on les coupe, sont constituées par des fibres enroulées plus ou moins régulièrement autour d'un ou de plusieurs centres.

Ces tumeurs sont situées dans une espèce de loge formée de tissu cellulaire qui entoure la tumeur de toutes parts sans envoyer de prolongements dans son intérieur et qui permet de l'énucléer facilement. A la périphérie de cette loge on rencontre une certaine couche de tissu utérin, mais dont l'épaisseur varie suivant les cas. Cette loge celluleuse, dans laquelle est plongée la tumeur fibreuse, présente un grand intérêt à connaître, en ce qu'elle permet aux tumeurs de s'énucléer spontanément et qu'elle nous rend aussi compte de la migration des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur des parois utérines, soit pour se diriger vers le péritoine, soit vers la muqueuse, soit pour descendre dans le parenchyme jusque dans l'épaisseur du col et même dans l'une ou l'autre lèvre.

Sur la coupe de la tumeur, le tissu présente une coloration blanc jaunâtre nacré, ou gris cendré, ou quelquefois bleuâtre.

La composition histologique des corps fibreux a parfaitement été étudiée par Lebert et Robin, qui tous deux ont démontré qu'elles étaient constituées, 1° par des fibres de tissu conjonctif parfaitement développées et des fibres encore à l'état de corps fibro-plastiques ; 2° de fibres musculaires lisses, hypertrophiées comme pendant la grossesse ; 3° de matière amorphe grisâtre interposée entre ces divers éléments.

Quant aux nerfs et aux lymphatiques, ils font complétement défaut suivant la plupart des auteurs, et la présence des vaisseaux sanguins y est très-douteuse.

Ces vaisseaux qui font complétement défaut, dans l'épaisseur de la tumeur, sont nombreux dans la loge celluleuse que nous avons signalée, et dans laquelle ils se réunissent. M. West rapporte « qu'une préparation du muséum de St Bartholomew's Hospital fournit un remarquable exem-

(1) Th. Stafford Lee, *On Tumours of the uterus*. London, 1847.

ple de ce phénomène. La tumeur fibreuse qui est contenue dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus n'est pas plus volumineuse qu'une amande munie de sa coque, et sa vascularité est si faible que l'injection qui a coloré les parois de la matrice n'a pas pénétré les vaisseaux de la tumeur (1). »

Bien que ces tumeurs ne présentent pas de vaisseaux dans leur intérieur, il n'en est pas moins vrai cependant qu'elles jouissent d'une vitalité assez grande, et que la nutrition s'y fait d'une manière complète, puisqu'on a vu de ces tumeurs acquérir un volume parfois considérable, au point de peser 38 à 40 kilogrammes. Quelquefois cependant la nutrition n'y est pas suffisante et la tumeur présente un certain degré de ramollissement qui débute ordinairement par le centre de la tumeur, quelquefois cependant par la périphérie ; ce ramollissement est une véritable désagrégation moléculaire, et, bien qu'il ait l'aspect du pus, il n'en présente pas les éléments histologiques. D'autres fois la tumeur subit la transformation calcaire, et tantôt l'incrustation calcaire, envahit la périphérie de la tumeur, tantôt elle se produit dans son épaisseur. Ce sont ces tumeurs ainsi transformées qui avaient été signalées en 1787 par Baillie et plus tard par Bayle, Bichat, Knox, Breschet et Andral, sous le nom de concrétions calcaires de la matrice.

Les tumeurs fibreuses se présentent dans trois situations différentes par rapport aux parois utérines.

Elles sont *interstitielles*, *sous-muqueuses*, ou *sous- péritonéales*. Les tumeurs sous-muqueuses, en se développant vers la cavité utérine, déterminent le plus souvent la phlegmasie de la muqueuse, et petit à petit sous l'influence des contractions de la matrice qui tend à les expulser, elles se pédiculisent et passent à l'état de polype. Dans le cas où la tumeur est plus rapprochée du péritoine que de la cavitéutérine, l'expulsion tend à se faire du côté du péritoine, et il peut arriver que le corps fibreux ne soit plus adhérent à l'utérus que par un mince pédicule formé par le péritoine doublé d'une certaine couche de tissu cellulaire.

Outre la phlegmasie que nous avons déjà signalée quand la tumeur tend à proéminer du côté de la cavité de la matrice, on rencontre encore assez souvent un allongement du corps de la matrice, tel que l'hystéromètre a pu pénétrer à 12 ou 15 centimètres ; le corps de l'utérus est en général déformé, tiraillé ou repoussé par la tumeur ; le col est dévié, tantôt à droite ou à gauche, tantôt en avant ou en arrière, ou bien allongé suivant le point où s'est développée la tumeur.

La forme de ces tumeurs est assez variable ; le plus souvent elles sont arrondies ; mais quelquefois elles présentent, sur leur surface, des brides qui les compriment en certains points et les font paraitre lobulées.]]

(1) West, *Leçons sur les les mal. des femmes*. Trad. franç. 1870, p. 320.

§ III. — Causes.

Rien de plus obscur que les causes, et il faut sans doute remonter à l'âge, au tempérament de la malade, aux conditions anatomiques de la matrice. Les tumeurs sont fréquentes chez les personnes lymphatiques, chez celles qui ont dépassé la moitié de la vie. Les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants sont aussi exposées que les autres. De Haën suppose que les contusions doivent agir comme cause prédisposante, mais ce fait doit être rare.

§ IV. — Symptômes.

Nous savons que ces tumeurs sont très-rarement enflammées ou ulcérées; les symptômes que l'on constate sont donc ou purement mécaniques, ou bien ils sont liés à la cessation des fonctions utérines, ou enfin à des troubles sympathiques développés dans des organes éloignés (1). Les symptômes mécaniques dépendent du degré de développement de la tumeur et de sa situation. Quand la tumeur émerge au-dessus du bord de la symphyse, à moins qu'elle ne soit extrêmement large, elle ne produit qu'une gêne mécanique très-faible ou même nulle; quand, au contraire, elle est située plus bas dans le bassin, le malade accuse le plus ordinairement une pesanteur dans le bassin, une sensation de poussement dans le fond des parties et des douleurs dans les reins. Si la tumeur est très-large, à ces symptômes s'ajoute une pression pénible sur la vessie et le rectum, et, par suite, une gêne notable au cours des matières fécales et de l'urine, en même temps que le besoin d'uriner et d'aller à la garde-robe devient incommodément fréquent. D'autres fois, la pression s'exerce sur les uretères, l'urine ne peut plus passer, les uretères se distendent énormément, et il résulte de tout cela une maladie des reins très-grave, comme dans le cas rapporté par Murphy (2); il se produit des crampes dans les jambes et les cuisses, ou bien même les pieds et les jambes deviennent œdémateux. Si la tumeur est très-volumineuse, située sur la face extérieure, près du fond, il peut en résulter une rétroversion de tout l'organe. J'ai vu un cas semblable à l'hôpital de Menth.

La présence de ces tumeurs trouble ordinairement la menstruation ; dans quelques cas, elle se fait très-irrégulièrement ; dans d'autres, elle n'avait subi aucune modification. Comme Lee, j'ai constaté que le plus souvent le flux menstruel est augmenté, que les périodes se rapprochent, deviennent plus longues, quelquefois même les règles se changent en une véritable perte.

[[Ces différences s'expliquent aisément, si l'on a égard à la situation occupée par la tumeur par rapport aux parois utérines. Les métrorrhagies

(1) Denman's *Midwifery*, p. 80.
(2) *London Journ. of Medicine,* octobre 1849, p. 981.

sont abondantes et répétées dans le cas où la tumeur interstitielle se rapproche de la muqueuse, ou quand elle fait saillie du côté de la cavité utérine, tandis qu'elle fait défaut ou est peu considérable quand la tumeur proémine du côté de l'abdomen.]]

Avec une tumeur fibreuse, la conception peut avoir lieu; mais le plus souvent la grossesse est interrompue vers le troisième ou quatrième mois, et un avortement se produit, soit par suite d'une circulation utérine incomplète, et conséquemment d'une nutrition insuffisante; soit probablement par suite de l'impossibilité dans laquelle se trouve la matrice de prendre tout son développement (1). Ingleby fait remarquer « qu'une tumeur qui « est complétement dans l'épaisseur du tissu utérin et ne remonte pas « jusqu'aux trompes de Fallope n'empêche pas la fécondation. C'est ainsi « qu'une tumeur fibreuse et une grossesse peuvent marcher de front. « Pendant l'état de vacuité, l'existence d'une tumeur peu volumineuse « peut ne pas être soupçonnée; mais dès qu'il survient une grossesse, la « tumeur fibreuse subit un accroissement rapide et considérable, et l'on « arrivera sans doute à la découvrir. » Que les parties restent dans le calme le plus complet pendant la grossesse, ou qu'il se développe un état inflammatoire subaigu, la tumeur fibreuse donne toujours lieu à des douleurs pendant une grossesse, soit qu'on examine l'organe avec la main, soit que l'utérus subisse quelque pression accidentelle. Toute la constitution se ressent de cette excitation : les fonctions gastriques et intestinales se dérangent; le pouls devient plus fréquent; la malade maigrit légèrement. Tous ces symptômes cèdent bientôt devant un traitement rationnel qui consiste à faire appliquer des sangsues et à maintenir la malade au lit, couchée sur le dos ou sur le côté opposé à sa tumeur. On fera usage de quelques potions calmantes, de bains de siége tièdes, on réglera les fonctions intestinales, et le régime alimentaire sera peu abondant et adoucissant. Dans les grossesses subséquentes, il est rare que la tumeur fibreuse augmente autant que la première fois et les accidents sont comparativement insignifiants (2).

Enfin, si la grossesse est arrivée jusqu'à terme, le travail peut être rendu beaucoup plus difficile, et il faut toujours craindre une hémorrhagie à cause de l'impossibilité où se trouve la matrice de revenir sur elle-même (3).

Amédée Forget (4) est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Que les tumeurs fibreuses ne sont pas plus un obstacle à la fécondation que les polypes;

(1) Cette opinion est partagée par West.

(2) Ingleby, *Facts and Cases in obstetric medicine*, p. 132.

(3) Des cas de ce genre ont été observés par madame Boivin, par Chaussier (*Bulletin de la Faculté de médecine*, février 1823) et d'Outrepont (*Archives générales de médecine*, mai 1830).

(4) A. Forget, *Recherches sur les corps fibreux et les polypes considérés pendant la grossesse et après l'accouchement* (*Bulletin de thérapeutique*, avril 1846).

2° Qu'elles ne sont pas une cause obligée d'avortement ;

3° Qu'en dépit de la présence de ces tumeurs, la grossesse peut suivre toutes ses phases normales ;

4° Enfin, l'époque à laquelle se produit l'avortement dépend de la place occupée par la tumeur dans l'utérus. Si l'on se rappelle, en effet, comment un utérus se développe pendant la grossesse, on doit raisonnablement admettre que dans le cas où la tumeur occupe le fond ou le segment supérieur de l'utérus, l'avortement arrivera dès les premiers mois de la grossesse ; quand, au contraire, elle n'occupe que les portions inférieures, l'avortement n'arrivera que beaucoup plus tard. Enfin, l'observation prouve que, en général, le danger qui tient à la présence de ces tumeurs ne commence qu'avec le travail de l'accouchement. Souvent même, en pareil cas, la délivrance est suivie d'hémorrhagies, lesquelles deviennent très-rapidement fatales.

Eldrige rapporte un cas dans lequel une tumeur fibreuse du poids de 2 livres, qui n'avait gêné en rien ni le travail ni la grossesse, fut expulsée spontanément trente-huit heures après l'acouchement (1).

[Il nous reste à examiner plus complétement quelle est l'influence que ces corps étrangers exercent sur l'accouchement et les suites de couches. M. Guéniot (2) a résumé très-fidèlement l'état de nos connaissances sur cette question importante. Nous lui emprunterons les conclusions de son travail, qui compléteront ce chapitre :

1° L'influence exercée par les corps fibreux sur le travail de l'accouchement est extrêmement variable, depuis la simple gêne apportée aux contractions utérines jusqu'à la formation d'un obstacle absolu à l'expulsion de l'œuf, et même à son extraction par les voies naturelles après mutilation du fœtus. A la différence de ce que l'on observe pour la grossesse, cette influence dépend essentiellement des conditions de nombre et de volume des corps fibreux, de leur état pédiculé, sessile ou interstitiel, de leur siége, de la longueur et du point d'implantation de leur pédicule, de leur mobilité et de leurs adhérences accidentelles; enfin, de l'état d'intégrité ou d'altération de leur tissu. Si les tumeurs sont en petit nombre et peu volumineuses, ou si, quoique multiples et d'un volume considérable, elles sont dépourvues de pédicule et occupent le segment supérieur de la matrice ; ou bien encore, si, étant tout à la fois pédiculées, mobiles et plongées dans l'excavation pelvienne, elles sont susceptibles d'être refoulées au-dessus du détroit supérieur, ou dans quelques cas, au contraire, entraînées jusqu'au dehors des parties génitales ; si enfin, quoique fixées dans la cavité du petit bassin et opposant à la progression du fœtus un obstacle infranchissable, elles ont subi une profonde altération de leur tissu et se trouvent transformées en une sorte de kyste sanguin, sé-

(1) Eldrige, *Boston medic. and surg. Journ.*, 2 février 184°.
(2) Guéniot, *Gazette des hôpitaux*, 12, 28 avril, 5 mai 1864.

reux ou purulent, qu'une simple ponction permet d'évacuer dans tous ces cas, le canal pelvien pouvant être maintenu libre ou du moins en grande partie affranchi de la tumeur qui l'obstruait, l'accouchement pourra s'effectuer spontanément par les voies naturelles et se terminer heureusement pour la mère et pour l'enfant.

Mais, dans les conditions opposées, les tumeurs fibreuses de l'utérus rendent au contraire la parturition difficile, dangereuse ou même impossible. Il existe dans la science au moins huit exemples d'opération césarienne pratiquée pour des cas de ce genre.

2° Pendant les efforts du travail, les *polypes* fibreux du col utérin, étant entraînés au-devant du fœtus, sont susceptibles d'être expulsés spontanément et d'une manière complète, après la rupture de leur pédicule.

Un fait de cette nature, observé par P. Dubois, a été rapporté par Marchal (de Calvi), et M. Depaul, dans une de ses leçons cliniques, en a cité un autre exemple dû à M. Tarnier. Quand le *polype* s'insère sur le segment supérieur de la matrice, sa cure spontanée par rupture du pédicule s'observe surtout après l'accouchement et à la suite d'un nouveau travail d'expulsion.

3° Mais l'utérus parvient rarement à se délivrer d'une manière aussi heureuse du corps qu'il renferme, et alors, indépendamment de l'infection putride, de l'élimination par gangrène et du renversement partiel ou complet de la matrice, il peut se présenter trois éventualités, dont il existe aujourd'hui des exemples : ou bien, en effet, l'utérus conservant après l'accouchement la même tolérance pour le produit morbide que pendant la grossesse, se referme sur lui sans qu'il survienne d'accident ; ou bien une hémorrhagie grave se produit, soit immédiatement après la délivrance, soit au contraire seulement dix ou quinze jours plus tard ; ou bien enfin il se manifeste des tranchées violentes suivies d'inflammation des organes pelviens ou d'un état complet d'épuisement. Si l'art n'intervient efficacement, la mort peut être la conséquence de l'une ou de l'autre de ces deux dernières séries d'accidents.

4° Quant aux corps fibreux *sous-péritonéaux* et *interstitiels*, ils exposent moins à l'hémorrhagie, aux tranchées et au renversement de l'utérus ; mais en revanche ils ne s'éliminent pas spontanément et semblent prédisposer d'une manière plus marquée aux inflammations graves de l'abdomen.

5° Les tumeurs fibreuses qui compliquent la grossesse ou l'accouchement sont, en général, faciles à reconnaître, quand elles occupent un point de l'utérus accessible à nos moyens d'exploration.

Toutefois, des circonstances particulières peuvent en rendre le diagnostic très-obscur, et le plus souvent, pour celles de ces tumeurs qui sont pédiculées et indépendantes du col utérin, la longueur, la résistance et le point d'implantation du pédicule, l'existence même de ce dernier, sont autant de caractères jusqu'ici difficiles ou impossibles à déterminer.

Les fibromes de l'utérus, ne trahissant parfois leur existence pendant la grossesse par aucun symptôme important, ne sont trop souvent reconnus qu'au moment même de la parturition à terme, et dans des conditions telles alors que la provocation de l'accouchement prématuré, eût-elle été indiquée, il n'est plus possible de recourir à ce précieux moyen.

6° Relativement au pronostic, on peut dire qu'indépendamment du volume, de la consistance et du nombre, les tumeurs pédiculées du col, qui peuvent être entraînées au-devant du fœtus, sont moins graves que les tumeurs sessiles ou interstitielles qui sont fixes et obstruent le canal pelvien. Pour des raisons opposées, les corps fibreux du segment supérieur de la matrice sont moins redoutables quand ils présentent ces derniers caractères que lorsqu'ils sont pédiculés et peuvent ainsi s'engager au-dessous de la partie fœtale.]

Le mucus qui, normalement, lubrifie toutes ces parties, est sécrété en bien plus grande abondance, mais n'est pas altéré. Dans quelques cas rares, quand l'utérus est très-distendu, il survient, du côté des mamelles, des phénomènes sympathiques ; les seins se tuméfient notablement sans qu'il existe une grossesse. Les troubles constitutionnels dans la santé sont aussi très-rares, excepté, cependant, comme phénomènes secondaires de désordres fonctionnels. Il y a généralement de l'amaigrissement. Si la malade est maigre, à un examen minutieux de l'abdomen, on peut arriver à découvrir la tumeur utérine à travers les parois et l'on peut quelquefois en apprécier le volume et la densité. Quand la tumeur est située dans la portion inférieure de la matrice, on arrive au même résultat par l'examen vaginal (1) ; on sait que la tumeur est recouverte par une membrane mince, sans aucune aspérité et parfaitement insensible. Si l'on réunit les deux modes d'examen (par le vagin et à travers les parois abdominales), on se rend encore mieux compte du développement de l'utérus, et en déprimant la tumeur perçue dans l'abdomen, on communique un léger choc au doigt qui se trouve dans le bassin. Le développement de ces tumeurs fibreuses est excessivement lent ; des mois entiers peuvent s'écouler sans qu'elles augmentent en apparence, et, pendant des années, les malades n'éprouvent aucune gêne ; mais, bien que lent, leur accroissement est constant. Il serait fort à désirer que l'on connût bien l'effet produit par la ménopause sur le développement de ces tumeurs ; continuent-elles toujours à se développer, ou bien subissent-elles une espèce d'atrophie quand cessent les congestions utérines menstruelles? C'est ce qui n'est pas bien établi. Le docteur Montgomery admet l'atrophie à la suite de la ménopause.

Nous avons dit que les tumeurs fibreuses ne sont pas exposées à s'ul-

(1) Clarke, vol. I, p. 274. A l'examen par le vagin, on sent une tumeur dure, volumineuse et résistante ; mais l'orifice utérin n'a subi aucun changement ; il n'est pas entr'ouvert, comme dans le carcinome, et à la pression la malade n'accuse aucune douleur.

cérer, mais il faut noter en même temps que la membrane qui les enveloppe est quelquefois atteinte d'inflammation ; j'ai même vu plusieurs exemples dans lesquels cette inflammation a gagné le péritoine.

En même temps qu'une tumeur fibreuse, il peut exister, chez la même malade, d'autres affections encore plus graves. Ainsi, sir Charles Clarke rapporte un cas d'ulcère rongeant de l'utérus et d'hydropisie de l'ovaire, chez des femmes qui avaient déjà des tumeurs fibreuses. Hall raconte un fait de tumeurs fibreuses coexistant avec la grossesse, et qui furent prises d'inflammation.

§ V. — Diagnostic.

1° *Avec la grossesse.* — L'irritation sympathique du côté des seins, la présence d'une tumeur dans la région utérine peuvent, au premier abord, compliquer le diagnostic; mais, avec un examen plus attentif, l'absence de tout autre signe doit prévenir l'erreur.

2° *Avec la congestion et l'inflammation.* — Généralement les tumeurs fibreuses sont dures, insensibles et bien limitées ; au contraire, l'utérus à l'état de congestion est très-sensible; la tuméfaction est diffuse et les tissus n'ont aucune dureté spéciale. Dans quelques cas, cependant, la tumeur est plus ou moins recouverte par les fibres utérines qui ne sont nullement insensibles; cette couche de tissu peut s'enflammer, se ramollir, et, en pareil cas, il faut faire encore plus attention à la question du diagnostic. Quand la tumeur n'est pas située près du col, la forme bien accusée et la saillie très-prononcée deviennent caractéristiques.

3° *Avec le squirrhe ou le carcinome.* — Les tumeurs fibreuses constituent une affection plus localisée et mieux tranchée, elles sont d'ordinaire beaucoup plus volumineuses; enfin, elles ne sont accompagnées ni de douleur, ni d'hémorrhagie, ni même de sensibilité à la pression.

4° *Avec les polypes de l'utérus.* — Le diagnostic est toujours facile : si la tumeur fibreuse est fixée dans les parois de la partie supérieure de l'utérus, la saillie qu'elle forme et la configuration spéciale la font reconnaître; mais quand elle siége près du col, il est très-facile de prendre une tumeur fibreuse pour un polype non encore expulsé, principalement dans les cas où il se fait des hémorrhagies. En effet, quand le polype est renfermé dans la cavité utérine, on retrouve tous les symptômes d'une tumeur fibreuse, même l'hémorrhagie, et rien de spécial ne caractérise le polype. Plus tard, cependant, la tumeur est repoussée à l'orifice utérin, elle descend peu à peu et oblitère entièrement l'ouverture du col; si l'on introduit le doigt dans le vagin et qu'on le porte jusque sur l'utérus, on peut plus facilement reconnaître l'état des choses, et, par exemple, si l'on constate l'absence de toute contraction utérine, on sera plus en droit d'admettre

(1) Hall, *Principles of diagnosis*, 2e édit., p. 307.

l'existence d'un polype. Toutefois, il faut en convenir, le diagnostic n'est pas toujours facile.

5° *Avec une maladie de l'ovaire.* — En combinant l'examen à travers les parois abdominales et les résultats donnés par le toucher vaginal, on établit, dans ce cas, le diagnostic. S'il y a maladie de l'ovaire, en comprimant la paroi abdominale sur le point qui correspond à cet organe et en pressant d'autre part au fond du vagin on sent, entre les deux doigts, une tumeur résistante. De plus, les tumeurs fibreuses sont plus dures, plus mobiles, et exercent sur la constitution une influence moins marquée.

§ VI. — Traitement.

Si la santé n'est pas troublée et si le diamètre de la tumeur fibreuse n'est pas assez considérable pour gêner les fonctions des organes voisins, il y a peu de chose à faire comme traitement médical. Il faut surveiller la menstruation excessive ; cette indication n'est pas facile à remplir, elle est cependant très-importante. Il faut essayer, à la suite les uns des autres, les divers remèdes employés contre la métrorrhagie et l'on devra les répéter à chaque période. Si l'on peut amener ainsi la malade jusqu'à l'époque de la ménopause, il y a tout lieu d'espérer pour les années suivantes une très-notable amélioration.

Il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui pourrait donner lieu à une inflammation, et il faut faire la plus grande attention à la santé générale. On combattra chaque symptôme à mesure qu'il se présentera, et quant aux accidents qui tiennent à la gêne mécanique causée par la tumeur, on pourra les combattre en assurant toujours la libre évacuation du rectum et de la vessie. Si le cathétérisme devient nécessaire, il faut prendre les plus grandes précautions en introduisant la sonde. Une sonde d'homme, de gomme élastique, est ce qu'il y a de mieux pour la longueur et pour la flexibilité. Il devient souvent nécessaire de faire usage d'un instrument très fortement courbé à son extrémité. On pourra soulager les crampes avec un changement de position de tout le corps. Si cela se peut, on adoptera le procédé de sir Clarke, qui consiste à repousser la tumeur au-dessus du bord du pelvis. S'il y a lieu de soupçonner une forte congestion ou irritation locales, on tirera quelques verres de sang au moyen de ventouses scarifiées sur la région des reins, ou de sangsues à la vulve. On s'est bien trouvé aussi de frictions sur le ventre avec un mélange de savon et de laudanum. Il n'y a pas lieu de se préoccuper des écoulements par le vagin, à moins qu'ils ne deviennent très-abondants, auquel cas des injections légèrement astringentes rempliront les indications.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de moyens palliatifs : y a-t-il lieu de faire usage de moyens plus énergiques? Nous savons que de semblables tumeurs ont disparu spontanément par résorption (1), et nous savons aussi

(1) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 276.

qu'il y a un certain nombre de médicaments qui activent d'une manière notable les facultés résorbantes de l'économie : il y a donc lieu d'espérer qu'un usage judicieux de ces médicaments pourrait être suivi de succès. Les moyens sur lesquels on peut le plus compter sont les mercuriaux à petites doses, avec frictions sur l'abdomen, et les vésicatoires volants avec usage à l'intérieur d'iode ou de brome. Les faits de guérison bien authentiques sont rares, mais il en existe. Plusieurs malades que j'ai eues à soigner m'ont paru avoir été notablement améliorées par les mercuriaux ; mais c'étaient des malades du dispensaire, et je n'ai pu les suivre assez longtemps. Ashwell a publié des travaux très-importants sur les effets de l'iode dans les cas de tumeurs utérines (1). Malheureusement l'auteur a enlevé lui-même à ses recherches une grande valeur en ne précisant pas la nature des tumeurs. Elles étaient dures et non ulcérées ; quelques-unes disparurent entièrement, d'autres presque complétement. L'iode fut donné à l'intérieur et appliqué aussi chaque fois à l'extérieur sur le col utérin avec le doigt, une éponge ou une baleine. L'onguent était composé de :

℞ Iode	75	centigr.
Hydriodate de potasse	8	grammes.
Blanc de baleine	32	—

La tumeur disparut en seize ou dix-huit semaines. On se trouva aussi très-bien de ventouses scarifiées sur les reins, d'un régime adoucissant, d'apéritifs très-doux et enfin d'injections narcotiques dans le vagin. Le docteur Ashwell tire des faits qu'ils a vus les conclusions suivantes :

1° L'usage de l'iode à l'intérieur et les frictions extérieures sont positivement utiles dans les cas de tumeurs solides de l'utérus ; de plus, quand elles sont judicieusement appliquées, il n'y a rien à craindre pour la constitution générale ;

2° Dans les cas de tumeurs solides des parois ou de la cavité utérine, on peut à peine espérer la disparition et la résolution de ces tumeurs, qui sont des productions parasitaires et n'ont rien de la structure des glandes. En pareil cas, ce que l'on peut obtenir avec le traitement iodé, c'est d'empêcher une nouvelle production de tissus ou, en d'autres termes, de maintenir le mal dans les limites actuelles ;

3° Les tumeurs dures du col utérin, les indurations des lèvres, lesquelles donnent très-souvent lieu à des ulcérations, peuvent être améliorées et même guéries par l'usage de l'iode.

Simpson dit avoir réussi à diminuer le volume d'une tumeur fibreuse en faisant prendre à la malade du brome à l'intérieur, et, dans la pénurie de médicaments où nous nous trouvons, ce fait mérite un sérieux examen.

Ma propre expérience sur ce point n'est pourtant pas encourageante.

(1) Ashwell, *Guy's Hospital Reports*, 1834, t. I. p. 136. — *Paper on hart Tumours of the Uterus treated by iodine* (*The Lancet*, 18 février 1854, p. 180).

J'ai essayé le brome sur une très-grande échelle et avec une persévérance obstinée, et je n'ai pas vu se produire la moindre amélioration. Il faut être en garde contre une disposition anatomique que j'ai rencontrée plusieurs fois : la tumeur paraît moins grosse quand elle n'est que moins proéminente. Mobile par suite de sa position, elle a été repoussée en arrière et recouverte en partie par les intestins distendus. En somme, je pense que tout ce que peut le médecin, c'est de modérer l'abondance des écoulements, de diminuer les effets de la compression et d'en prévenir en partie les suites fâcheuses.

Quelquefois la nature elle-même fait un effort pour produire une guérison radicale. Ainsi la membrane d'enveloppe devient de plus en plus mince, jusqu'à ce qu'elle soit à la fin en partie résorbée ou tout à fait détruite : un léger effort de contraction de l'utérus suffit alors pour faire sortir la tumeur de la loge qu'elle occupait dans l'épaisseur des parois; elle tombe dans l'intérieur de la cavité, d'où elle est peu à peu repoussée comme le serait un corps étranger.

Se basant sur ce procédé employé par la nature, Lisfranc, Simpson et d'autres ont simultanément tenté, et parfois avec succès, d'énucléer ces tumeurs et de les enlever. Il faut pour cela que la tumeur soit bien placée, qu'elle soit peu volumineuse et que la couche de tissus qui la recouvre soit mince. On divise cette couche avec l'ongle de l'index, avec le bistouri ou au moyen d'un caustique ; puis, à l'aide de manipulations doucement pratiquées avec les doigts, on fait saillir la tumeur et on l'amène dans l'utérus. Le professeur Simpson a ainsi enlevé, par énucléation, une tumeur fibreuse du poids de plusieurs livres. La malade étant endormie, il détruisit en partie la membrane d'enveloppe avec de la potasse caustique, puis il agit comme nous venons de le dire.

Fordyce Barker a publié un fait semblable d'enlèvement de tumeur avec le bistouri : la malade guérit parfaitement, mais tous les faits ne sont pas aussi favorables. Sir Jonathan Hutchinson (1) a réuni trente-neuf cas de tumeurs fibreuses utérines. Sur dix-huit énucléations qui purent être immédiatement faites, il y eut douze guérisons et six morts. Dans six cas l'opération ne put être complétement faite; quatre malades guérirent et deux moururent. Enfin, dans quinze cas, l'énucléation fut faite au moyen du caustique : neuf malades guérirent et six moururent.

Wash, L. Atlee, de Philadelphie (2), a pratiqué en pareil cas une opération encore plus hardie. Dans un cas où la tumeur n'était recouverte que par le péritoine et remplissait tout le bassin et une partie de l'abdomen, Atlee fit une large incision des parois abdominales et enleva la tumeur par cette voie. La malade guérit.

(1) Hutchinson, *Medical Times and Gaz.*, 1er, 8 et 15 août 1857. — *Medical and phys. Journal*, t. XLV, n° 966.

(2) Atlee, *American Journal of med. Sciences*, 1845, et avril 1855.

C. Clay, de Manchester (1), a enlevé de la même manière un utérus hypertrophié. Je doute cependant que les chances de succès d'une semblable opération puissent compenser les risques que l'on court. Atlee a proposé encore, pour les cas où l'on peut atteindre les tumeurs, de les attaquer directement pour déterminer à l'intérieur une inflammation qui les détruise; il dit avoir réussi ainsi plusieurs fois.

Baker Brown a suivi un procédé semblable et dit aussi avoir réussi. Il enlève une portion de la tumeur et introduit à l'intérieur un morceau de caustique pour produire de la suppuration et détruire ainsi la tumeur par gangrène (2).

[M. Kœberlé (3), après avoir relevé et analysé tous les faits connus à l'étranger et en France sur cette opération, arrive aux conclusions suivantes :

1° Les tumeurs fibreuses de la matrice, gênantes par leur volume, par leur siége, par les accidents qu'elles occasionnent, ou menaçant d'abréger rapidement la durée de l'existence, pédiculées ou interstitielles, peuvent être extirpées à travers la paroi abdominale;

2° Lorsqu'elles sont pédiculées étroitement, elles peuvent être excisées après la ligature préalable de leur pédicule. L'opération bien conduite présente la même gravité qu'une ovariotomie;

3° Lorsque la ligature du pédicule devra porter sur le corps de la matrice, ou lorsque cet organe renferme d'autres noyaux fibreux, on devra en pratiquer l'amputation sus-vaginale ou l'extirpation complète.

Les ovaires et les trompes devront être enlevés simultanément : 1° parce que ces organes ne sont plus d'aucune utilité et, partant, n'ont plus alors aucune raison d'être; 2° parce que leur conservation étant une cause de congestion périodique, de trouble de l'état général, peut donner lieu à des affections consécutives à l'opération; 3° parce que l'opération devient plus facile et moins dangereuse;

4° L'extirpation des tumeurs fibreuses utérines est surtout indiquée chez les jeunes femmes chez lesquelles les tumeurs utérines prennent un accroissement rapide, menacent sérieusement la santé, donnent lieu à des hémorrhagies graves, tendent à abréger la durée probable de l'existence, ou rendent la vie insupportable aux malades par la gêne, par les accidents et par les infirmités qu'elles occasionnent.

L'opération devra être pratiquée, autant que possible, avant que la santé soit trop compromise, que la tumeur ait acquis un volume considérable, soit 25 à 30 centimètres de diamètre.

(1) Clay, *Observations on Ovariotomy statistical and practical, also a successful case of entire removal of the uterus* (*Transact. of the Obstetr. Soc.* London, 1864, t. V).

(2) Baker-Brown, *The Lancet*, 13 mars 1861.

(3) Kœberlé, *Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1864, n°s 2 et 9), et *De l'ovariotomie* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1863, t. XXVI, p. 439).

L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe des adhérences étendues ou que la tumeur est jugée inextirpable par suite de connexions trop étendues, surtout si elle s'est développée dans l'épaisseur des ligaments larges, lorsqu'il existe un épanchement ascitique qui tend à augmenter, ou à se reproduire rapidement, lorsqu'il existe des affections concomitantes incurables ou des circonstances qui peuvent influer d'une manière fâcheuse sur la marche de la guérison.]

[[L'ablation des tumeurs fibreuses, par la gastrotomie, paraît devoir entrer, de plus en plus, dans la pratique chirurgicale. MM. Péan et Urdy, qui ont publié récemment un mémoire sur l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie, pensent « tant d'après les données fournies par l'anatomie que d'après les résultats obtenus jusqu'ici, que l'ablation de l'utérus est une opération parfaitement justifiable, que le chirurgien est autorisé à tenter dans certaines circonstances au même titre que l'ovariotomie » (1).

Des faits exposés dans leur travail, ces auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de la matrice arrivées à un certain degré de développement peuvent déterminer des accidents graves, capables d'entraîner fatalement, dans un délai plus ou moins rapproché, la mort de la femme qui en est atteinte. Dans ces circonstances, le chirurgien a non-seulement le droit, mais encore le devoir de pratiquer la gastrotomie;

2° Si les connexions de la tumeur avec la matrice sont tant soit peu intimes, il vaut mieux faire l'amputation sus-vaginale du corps de l'utérus, sans se préoccuper de conserver les ovaires, que de chercher à énucléer la tumeur, tout en respectant les organes génitaux.]]

Il y a encore d'autres espèces de tumeurs qui peuvent se développer dans les parois de l'utérus. Je n'ai pas cru devoir leur consacrer un chapitre spécial, puisque les symptômes auxquels elles donnent lieu sont absolument les mêmes que dans les cas précédents.

Duparcque a étudié avec soin ces diverses productions morbides. Ces tumeurs ont ou n'ont pas de membrane d'enveloppe spéciale. Elles sont quelquefois très-petites, d'autres fois très-volumineuses et ont une forme sphéroïdale. A la coupe elles présentent l'aspect grisâtre et légèrement transparent des tumeurs fibreuses. Elles sont plus ou moins denses, ne présentent pas de vaisseaux sanguins et sont généralement plus molles au centre qu'à la circonférence; mais le ramollissement partant du centre peut s'étendre jusqu'aux bords, elles présentent alors une consistance puriforme, ou caséeuse. Si les parties environnantes n'offrent pas de résistance, le sac qui enveloppe les productions morbides éclate et la tumeur se vide. C'est seulement en pareil cas que les tumeurs spéciales si-

(1) Péan et Urdy, *Hystérotomie*. Paris, 1873, page 27.

gnalent leur présence, autrement elles passent inaperçues et ne troublent ni la parturition ni même la menstruation.

[Au point de vue obstétrical, les indications que présentent les corps fibreux utérins sont très-variables et entièrement subordonnées à la combinaison, si variable elle-même, des caractères de siége, de volume, de consistance, etc.., du produit pathologique.

Pendant la grossesse. — Il conviendra tantôt de calmer l'irritation de la matrice et d'en apaiser les contractions prématurées; tantôt, au contraire, il sera prudent ou nécessaire de provoquer l'accouchement avant terme ; d'autres fois, enfin, on devra, si l'opération est possible, pratiquer l'ablation de la tumeur (polype du col déterminant des hémorrhagies qui mettent la vie en péril).

Pendant le travail. — On s'efforcera, si le corps fibreux est pédiculé, de le repousser au-dessus du détroit supérieur, ou bien, au contraire, de l'entraîner vers la vulve, afin de livrer passage au fœtus ; s'il s'agit d'un polype du col, on pourra même en sectionner le pédicule et délivrer ainsi d'une manière définitive la femme de cette affection. Si la tumeur est volumineuse, fixe et interstitielle, il sera nécessaire de recourir tantôt à l'emploi du forceps ou de la version, tantôt à l'ablation partielle ou complète du produit morbide, tantôt enfin à la mutilation du fœtus ou à l'opération césarienne.

Après l'accouchement. — Si des accidents inflammatoires, hémorrhagiques ou autres se manifestent, on emploiera contre eux les moyens ordinaires de la thérapeutique de ces affections. Mais, dans le cas où l'extraction de la tumeur serait praticable, il conviendrait, à l'exemple de Guiot et de Danyau (1), d'y recourir immédiatement, ou, comme l'a fait Ramsbotham (2), de n'y procéder qu'après le retour de l'utérus à son volume ordinaire. La nature et le degré de gravité de l'accident sont, avec la plus ou moins grande facilité de l'opération, les circonstances qui doivent influer sur la détermination du chirurgien.

« On peut lier, puis exciser ou même tordre tout de suite un *polype*, soit pendant, soit immédiatement ou plus ou moins longtemps après l'accouchement, sans déterminer nécessairement des accidents. La ligature seule ou suivie de l'excision est le meilleur mode de traitement.

« L'opération n'est pas suivie de récidive ; elle ne produit pas nécessairement de la stérilité, et ne prédispose à aucun accident particulier dans les accouchements subséquents. » (Danyau.)

Il convient de se rappeler, non-seulement au point de vue du pronostic, mais encore afin de mieux préciser les indications thérapeutiques, que les tumeurs fibreuses *sessiles* ou *interstitielles* de l'utérus sont susceptibles, d'une part, d'acquérir sous l'influence de la grossesse un développement

(1) Danyau, *Recherches sur les polypes fibreux de l'utérus* (*Journal de chirurgie*, de Malgaigne, 1846, et *Bulletin de l'Académie*, 1851, t. XVI, p. 961).

(2) Ramsbotham, *Obstetric Medicine and Surgery*, 4e édition. London, 1856, p. 224.

rapide et considérable, et, d'autre part, de perdre promptement, après la déplétion de l'organe, l'excès de volume acquis pendant la gestation. Plusieurs faits cités par Chailly (1), Depaul, Cazeaux (2), et Danyau tendent à prouver l'existence de cette particularité singulière des fibromes utérins. — Les tumeurs *pédiculées* ne paraissent pas subir, du moins au même degré, ce travail successif d'hypertrophie et d'atrophie qui, pour Huguier, n'intéresserait que certaines variétés de corps fibreux.

Il est encore douteux que ces produits morbides prédisposent d'une manière spéciale la matrice aux déchirures, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement; car, jusqu'ici, à l'exception d'un fait de Fabrice de Hilden (3), dans lequel un fibrome volumineux du col obstruait le canal pelvien, cet acccident n'a pas été mentionné comme la conséquence d'une tumeur fibreuse de l'utérus; et encore ne semble-t-il pas que la rupture ait été produite, dans le cas dont il s'agit, par suite d'un affaiblissement des parois de l'organe.

Il serait sans doute plus vrai de dire qu'en vertu du développement anormal de la matrice et de l'irrégularité de sa cavité, les fibromes de l'utérus prédisposent aux présentations défectueuses du fœtus, ainsi qu'à l'insertion vicieuse du placenta sur le col ou dans son voisinage. Toutefois, malgré quelques exemples de telles complications, cette proposition, comme la précédente, attend encore sa démonstration (4).]

ARTICLE II

POLYPES (5)

Ces productions morbides diffèrent de celles que nous venons d'étu-

(1) Chailly, *Traité de l'art des accouchements*, 5e édition. Paris, 1867.

(2) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 7e édition. Paris, 1867.

(3) Fabrice de Hilden, *Opera*. Francofurti, 1663.

(4) Gueniot, *Des tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement* (*Gaz. des hôpitaux*, 12 avril 1864).

(5) Bibliographie : Ansiaux, *Clinique chirurgicale*. Liége, 1816. — Paletta, *De uteri polypis* (*Exercitationes pathologicæ*. Mediolani, 1820-1826). — P. H. Bérard, *Dissertation sur plusieurs points d'anatomie pathologique*. Thèse, Paris, 1826, 14 février, et *Archives générales de médecine*, 1826, t. XI, p. 84. — Levanner, *Archives générales de médecine*, 1826, t. XI, p. 467. — Hue, *The Lancet*, 1828, t. II, p. 311, et *The London medical Gazette*, 7 juin 1828. — Griffith, *The Lancet*, 1829, t. I, p. 24. — Dance, *Revue médicale*, 1830, t. XXXVIII, p. 408. — Gerdy, *Des polypes de l'utérus et de leur traitement*, thèse de concours. Paris, 1833. — Lisfranc, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 499. — Pecot (de Besançon), *Traitement des polypes utérins par arrachement* (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1836, t. I, p. 96, et *Archives générales de médecine*, 3e série, t. II, p. 382), et *Rapport de Capuron* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. I, p. 877). — Gabriel Pelletan, *Note sur un polype utérin pour lequel on a fait un nouveau serre-nœud* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. I, Paris, 1836, p. 240). — Lee (Robert), *London med. Gazette*, décembre 1835 ; *Mémoire sur les tumeurs fibro-calcaires et les polypes de l'utérus* (*Gazette médicale de Paris*, 1838, p. 369). — Lucien Boyer, *Observ. de polypes de l'utérus* (*Bull. de l'Académie*, t. IX, 1844, p. 370; *Revue méd.*, 1844 et octobre 1846). — Porter Smith, *Medical Times and Gazette*, 1861.

dier, non pas tant par une structure différente que par la différence de forme et de siége et par la série de symptômes nouveaux auxquels elles donnent lieu. De même que les tumeurs fibreuses, les polypes sont sans doute beaucoup plus fréquents qu'on ne l'avait soupçonné.

[[Dans ce chapitre, nous aurons surtout en vue les polypes fibreux, et nous ne ferons que mentionner les *polypes glandulaires ou muqueux* que nous avons décrits à propos de la métrite muqueuse ; nous n'étudierons pas non plus d'une façon spéciale les polypes qui se développent du côté du péritoine, car ils ne donnent pas lieu à des considérations anatomo-pathologiques ou thérapeutiques bien différentes de celles que nous avons signalées à propos des corps fibreux. Nous examinerons plus spécialement les polypes qui font saillie du côté de la cavité utérine.]]

Au lieu d'être logée dans l'épaisseur du tissu utérin, la tumeur dite polype est fixée sur un point de la surface intérieure de l'utérus, par un col ou pédicule, d'un diamètre moins considérable que le corps même du polype. Les polypes ont, en général, une forme ronde ou ovale, qui peut d'ailleurs être modifiée par la pression des parois utérines ou des organes environnants. Comme dimensions, les tumeurs varient beaucoup. Parfois, avec le volume d'un pois, ces polypes sont la cause d'accidents très-sérieux, d'autres fois ils sont énormes et n'entraînent aucun inconvénient. Il y a quelques années, on enleva, à l'hôpital de Meath, un de ces polypes qui mesurait en longueur plus de 14 pouces, et en diamètre 4 à 5 pouces dans sa partie la plus large. Siebold a vu une de ces tumeurs qui avait le volume d'une tête d'enfant (1). Plusieurs exemples semblables sont rapportés par les auteurs (2). La coloration de ces tumeurs dépend en partie de leur vascularité et en partie de leur situation. Quelques-unes sont tout à fait blanches, d'autres rougeâtres, d'autres d'un brun foncé, on voit à la surface des veines bleues. Tantôt elles sont fixées sur le fond de l'utérus, tantôt sur les côtés du col ; d'autres enfin viennent du bord de l'orifice utérin. « Cette distinction, dit Robert Gooch, ne doit pas être perdue de vue, elle est importante au point de vue pratique (3). Pour reconnaître la nature de la tumeur et l'opportunité d'une opération, il est très-important de connaître le mode d'attache des polypes. Ce que l'on peut faire pour un polype qui vient du fond de l'utérus n'est plus applicable à celui qui vient du col ou de l'orifice du col. Dans les polypes du fond de l'utérus, le pédicule est complétement entouré par l'orifice, et si l'on introduit le doigt par cet orifice, on sent nettement cette disposition. Dans les polypes du col, au contraire, le doigt introduit dans l'orifice ne peut

(1) Adm. Elias von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1821, vol. I, p. 687.

(2) G. M. Richter, *Synopsis praxeos medico-obstetriciæ*. Mosquæ, 1810, in-4, p. 114, tab. 6. — A. G. Richter, *Medico-chir. Biblioth.*, t. IX, p. 125.

(3) Gooch, *An Account of some of the most important diseases peculiar to women*. London, 1829, p. 251.

passer tout autour de ce pédicule, il est arrêté quand il arrive sur le point d'attache du polype au col, le pédicule n'est donc qu'à moitié entouré par le col.

« Dans les polypes de l'orifice utérin, le pédicule part de l'une des lèvres; le doigt éprouve la sensation que donnerait une des lèvres se prolongeant pour former d'abord le pédicule et s'élargissant ensuite pour former le corps du polype. Quand un polype se développe à l'intérieur de la cavité utérine, il dilate cette cavité, puis le col et l'orifice, absolument comme dans la grossesse. A la place d'un orifice allongé se trouvant au milieu de deux lèvres saillantes en forme de mamelon et d'un tissu résistant, on trouve un espace rond avec des bords minces, comme dans la grossesse avancée. Dans les polypes du col et ceux de l'orifice, la partie saillante de l'utérus conserve beaucoup plus de sa forme et de sa consistance normale. »

Ce n'est pas cependant à toutes les périodes de leur développement que les polypes sont aussi distincts les uns des autres. Au début, ils sont renfermés dans la cavité utérine et le doigt ne peut les atteindre. Ainsi que Ramsbotham l'a rencontré dans un cas, le polype apparaît un jour à l'orifice et disparaît ensuite pour quelques jours (1). [[C'est cette variété de polypes que M. Larcher a décrite sous le nom de *polypes à apparitions intermittentes* (2).]]

L'oblitération graduelle du col utérin, dont on peut se rendre compte par des examens répétés, sera le point de repère pour le diagnostic. Très-souvent l'utérus, par ses seules contractions, arrive à détacher le polype, que l'on trouve alors dans le vagin sous forme d'une tumeur arrondie. Le polype du col n'a pas toujours un pédicule aussi bien formé que celui du corps. Dans un cas que nous avons déjà mentionné, toute la lèvre postérieure était prise et il était impossible d'établir une ligne de séparation entre l'utérus et la tige du polype ; dans certains cas, on voit plusieurs racines pour une même tumeur (3).

§ I. — Anatomie pathologique.

[[Au point de vue histologique, la plupart des auteurs admettent trois espèces de polypes : 1° les polypes muqueux ; 2° les polypes vasculaires; 3° les polypes fibreux.

Les *polypes muqueux*, ou *glandulaires*, formés par l'hypertrophie des glandes de la muqueuse utérine et résultant de l'inflammation de ces glandes, ne doivent pas être décrits ici, leur étude se rattache à celle de la métrite muqueuse que nous avons faite précédemment.

Quant aux *polypes vasculaires*, qui sont très-rares, on doit les considérer

(1) Ramsbotham, *Med. Times and Gazette*, 27 novembre 1852, p. 537.
(2) Larcher, *Mémoire sur les polypes à apparitions intermittentes*. 1867.
(3) Th. Denman's *Midwifery*, p. 50.

comme une variété des polypes muqueux, dont ils ne diffèrent d'ailleurs que par l'hypervascularisation de leur tissu.

Il nous reste donc à examiner les *polypes fibreux,* les seuls dont l'étude doive être rapprochée de celle des corps fibreux.]]

Les polypes fibreux rappellent, comme structure, la tumeur fibreuse que nous avons décrite (page 389). Leur densité est en général assez considérable, ils sont durs et élastiques. Dans quelques cas on a trouvé ces polypes creux à leur centre et à l'intérieur de leur cavité du sang caillé, une matière gélatineuse et mélangée de poils, ou de la graisse et des poils. La tumeur est toujours recouverte par la membrane muqueuse de l'utérus.

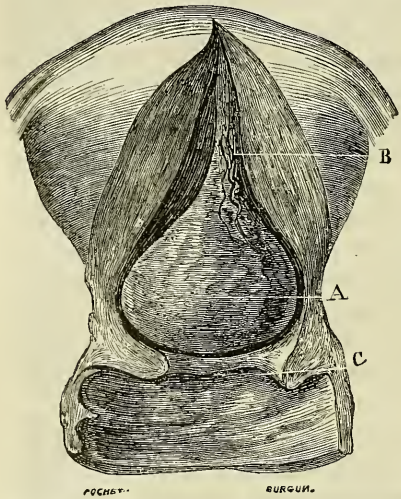


Fig. 65. — Exemple de polype a pédicule très-mince inséré sur le fond de l'utérus (*).

Quant à son mode de connexion avec cet organe, tantôt ce sont des ligaments formés de tissu cellulaire, plus souvent la tumeur se trouve partir des fibres musculaires.

[[Le volume du pédicule et sa longueur sont très-variables : tantôt le pédicule est grêle (fig. 95), tantôt volumineux (fig. 97).

Le volume de la tumeur varie aussi considérablement. Le polype peut se développer dans l'utérus, qui est alors distendu et qui présente une augmentation de volume en rapport avec les dimensions de la tumeur. (fig. 96).]]

Quand la tumeur augmente de volume, elle distend la couche de tissu utérin qui la recouvre jusqu'à la réduire à une lame très-mince. A la fin cette couche se déchire et la tumeur n'est plus alors recouverte que dans une très-petite partie de son étendue, tout près de la racine. Il est rare que le pédicule ne soit pas entouré par une couche additionnelle qui revêt la membrane muqueuse utérine ; quelquefois même toute la tumeur est ainsi recouverte par plusieurs épaisseurs de tissu. A ce sujet, Breschet (1) dit qu'il a souvent rencontré des polypes qui étaient enveloppés d'une membrane mince, souple et brillante. Dans certains cas, cette membrane est tout à fait distincte du polype, elle est

(1) Breschet, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. Polype, t. XXV, p. 519.

(*) La chute de ce polype s'est opérée spontanément, et la femme est morte quelques jours après d'une maladie de poitrine. — A. Polype. — B. Pédicule du polype. — C. Bord de l'orifice inférieur de l'utérus. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XVIII, fig. 5.)

charnue et elle devient de plus en plus mince à mesure que l'on se rapproche du pédicule ; c'est ce qui arrive dans les tumeurs volumineuses (fig. 97). Au contraire, dans les tumeurs de petit diamètre, cette membrane devient de plus en plus épaisse vers le pédicule ; mais, dans tous les cas, il y a une continuité évidente entre la portion charnue de l'organe où le polype prend son point de départ et la membrane qui l'enveloppe.

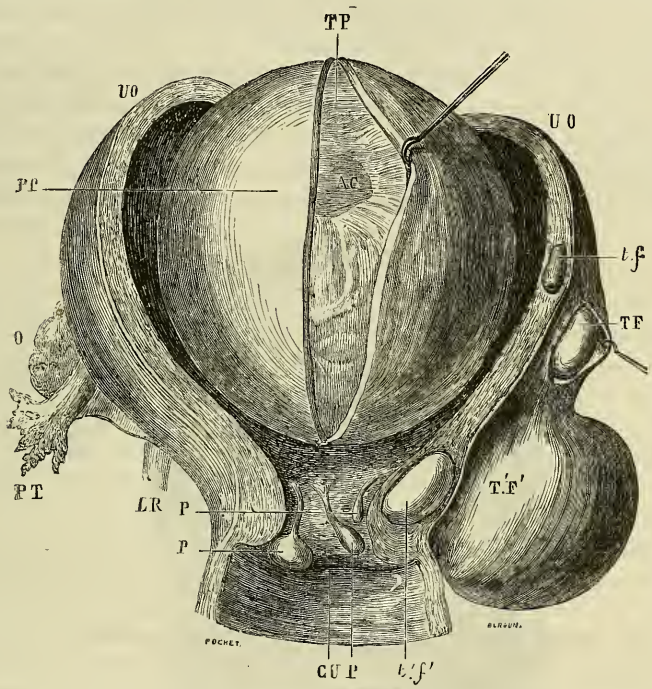


Fig. 96. — Tumeurs fibreuses multiples et polypes glandulaires du col de l'utérus (*).

Dans certains cas, cette membrane est tellement souple qu'on a pu être tenté de la prendre pour une exsudation albumineuse sécrétée par la surface interne de la tumeur enflammée (1). Ce fait de pathologie a été parfaitement établi par les recherches de Lee, Barnes et d'autres auteurs, et il donne l'explication de quelques phénomènes qui se produisent de temps en temps à la suite des ligatures, peut-être aussi est-ce à cette disposition anatomo-pathologique que l'on doit rapporter le fait établi par Charles Johnson, que, contrairement à l'opinion commune, les polypes ne sont pas

(1) Hemming, *Trans.*, p. 196.

(*) PP. Tumeur fibreuse du corps de l'utérus. — UO. Parois utérines. — TFT'F' *f tf'*. Tumeurs fibreuses multiples développées dans les parois utérines. — O. Ovaire.— PT. Pavillon de la trompe. — LR. Ligament rond.— CU. Col utérin. — P, P, P. Polypes glandulaires du col (Cruveilhier. *Anatomie pathologique du corps humain.* XIIIe livraison, pl. VI, fig. 1.)

toujours insensibles. Parfois les polypes peuvent aussi n'avoir pour point de départ que la membrane muqueuse.

Quant à ce qui est de la circulation dans ces tumeurs, elle ne peut pas être très-active, puisque, ainsi que nous l'avons vu, elles ne sont traversées que par quelques rares vaisseaux.

Dans le fait de Saviard, il y avait deux petites artères et deux veines.

Dans un autre fait qui appartient à du Monceau (1), on trouva dans le pédicule du polype deux artères et une veine.

Dans un fait rapporté par Vacoussain (2), on sentait dans le pédicule une pulsation artérielle, et Hemming rapporte qu'il y a au musée de l'hôpital de Saint-Barthélemy un polype utérin complétement injecté (3).

Mais tous ces faits font bien plutôt l'exception que la règle. J'ai examiné un grand nombre de polypes petits et grands, avant et après l'excision, et

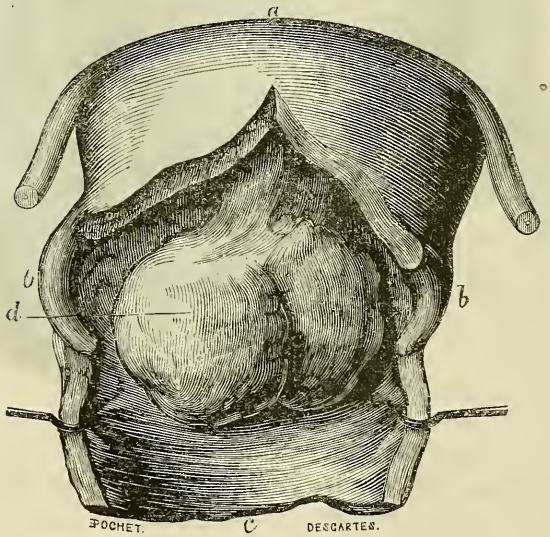


Fig. 97. — Polype fixé au fond de l'utérus par un pédicule volumineux. La tumeur a passé dans le vagin (*).

j'ai rarement découvert des pulsations dans le pédicule ou à l'orifice des gros vaisseaux. Il est donc extrêmement difficile d'expliquer pathologiquement ces hémorrhagies alarmantes qui accompagnent les polypes

(1) Du Monceau, *Histoire d'un polype utérin* (*Journal de médecine*, par A. Rioux, juillet 1768, t. XXIX, p. 535).

(2) Vacoussain, *in* Levret, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. III, p. 533.

(3) Hemming, *Cases of Polypus uteri*, with remarks by Dr Ashwell (*London med. and surg. Journal*, 24 juin 1837).

(*) *a*, fond de l'utérus : la paroi antérieure de l'organe est ouverte pour faire voir la tumeur et l'implantation du pédicule ; *bb*, section en deux parties du museau de tanche ; *c*, le vagin ; *d*, le polype. (Clarke.)

utérins. Il est impossible d'en faire remonter la source jusqu'aux vaisseaux du polype, puisqu'on peut rarement en constater l'existence. D'ailleurs, que les tumeurs soient volumineuses ou qu'elles soient petites, les hémorrhagies sont toujours aussi graves. Le docteur Gooch est d'avis que la source de l'hémorrhagie est la surface même de la tumeur et non point la membrane muqueuse de l'utérus. Le docteur Hamilton dit à ce sujet que l'expérience l'a conduit à une opinion tout à fait différente :

1° Dans aucun des cas qu'il a vus, il n'a trouvé d'hémorrhagie à la surface du polype, si fort qu'il ait pressé la tumeur;

2° On a vu plusieurs cas dans lesquels une hémorrhagie très-grave était produite en apparence par une tumeur qui n'était pas plus grosse qu'une noisette, mais cette tumeur était fixée sur le bord interne de l'orifice utérin et elle présentait une surface extérieure complétement unie et polie;

3° Dans un cas d'hémorrhagie utérine mortelle, qui se produisit trois semaines après l'accouchement, la seule cause de l'hémorrhagie était un petit polype qui n'était pas plus gros qu'un haricot et qui était situé à la surface interne de la matrice, environ à 3 pouces au-dessus de l'orifice.

L'auteur est donc disposé à expliquer la cessation de l'hémorrhagie après l'application de la ligature, tout autrement que ne le fait le docteur Gooch. Quand la tumeur est dans la période d'accroissement, il doit en effet y avoir un afflux anormal de sang vers les vaisseaux qui la nourrissent. Cela ne peut se produire sans qu'il n'y ait aussi une suractivité dans toute la circulation utérine; il en est en effet ainsi, car la matrice augmente de volume en même temps que la tumeur. En pareille circonstance, la structure des vaisseaux utérins est telle que la moindre violence doit produire une hémorrhagie (1).

Oldham et Stafford Lee pensent que la principale source des hémorrhagies, dans les cas de polypes, n'est pas du tout dans leurs propres vaisseaux, mais dans la membrane vasculaire qui les recouvre, et que les vaisseaux hypertrophiés de la membrane muqueuse elle-même, principalement les veines, y contribuent encore. Dans certains cas, au contraire, l'hémorrhagie proviendrait des vaisseaux mêmes qui nourrissent les tumeurs. Quand ces tumeurs sont recouvertes par une couche de tissu musculaire, elles trouvent dans ce tissu une nouvelle source d'hémorrhagie.

[[On doit admettre, aujourd'hui, que la source de l'hémorrhagie n'a point lieu par la surface de la tumeur, qui est très-peu vasculaire, mais par celle de la muqueuse utérine, qui est fortement congestionnée et presque toujours enflammée.]]

La coloration de ces tumeurs varie beaucoup : tantôt elles sont presque blanches; tantôt elles sont couleur clair, traversées par des veines; quelquefois enfin elles sont tout à fait brunes. Gooch (2) dit que le premier

(1) James Hamilton, *Practical Observations*, p. 43, 44.
(2) Gooch, *Diseases of women*, p. 257.

exemple de polype qu'il ait vu sur le vivant est un polype qui fut opéré, en 1828, par Brodie, à l'hôpital Saint-Georges. On essaya d'abord d'attirer le polype en dehors du vagin avant de commencer l'opération ; mais toutes les tentatives échouèrent et l'on finit par appliquer la ligature dans le vagin même. L'orifice du vagin était tellement dilaté que la tumeur pouvait s'apercevoir à la simple inspection : elle était pâle, couleur de chair et sillonnée par de larges veines bleues qui lui donnaient l'aspect de ces morceaux de savon que l'on voit dans les vitrines des parfumeurs.

Une autre preuve du peu de vascularité des polypes nous est donnée par la rareté des changements morbides qu'ils éprouvent. Il est très-rare que ces tumeurs s'enflamment ou s'ulcèrent, et jamais elles ne dégénèrent en une affection maligne.

§ II. — Causes.

Nous avons dit que les polypes se rencontrent surtout chez les personnes qui vivent dans des lieux humides et bas, chez celles d'un tempérament lymphatique et chez celles qui ont des occupations sédentaires. Comme on les a quelquefois rencontrés à la suite de fausses couches, on a admis, par conjecture, qu'un caillot fibrineux peut être resté à l'intérieur de l'utérus et s'être ensuite organisé ; mais l'existence des pédicules renverse cette théorie. Quelques auteurs ont supposé que les polypes n'étaient que des glandes lymphatiques hypertrophiées, ce que l'on n'a pas pu prouver davantage.

Ces tumeurs ne sont pas communes avant quarante ans, et elles sont aussi fréquentes chez les femmes vierges que chez les femmes mariées. Malgaigne (1) a publié une table de cinquante et une femmes atteintes de polypes, avec leur âge. Ces faits sont tirés des travaux de Levret (2), d'Herbiniaux (3), de Ph. Roux (4), de Louis Leblanc (5) et des principales thèses de la Faculté.

4	femmes avaient	de 26 à 30 ans.
20	—	de 30 à 40
16	—	de 40 à 50
4	—	de 50 à 60
3	—	de 60 à 70
4	—	de 70 à 80

(1) Malgaigne, *Polypes de l'utérus*, thèse de concours. Paris, 1832.

(2) Levret, *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, 1757, t. III, et *Mém. sur la cure radicale des polypes de la matrice*. Paris, 1759.

(3) Herbiniaux, *Parallèle des différents instruments, avec la manière de s'en servir pour pratiquer la ligature des polypes de la matrice*. La Haye, 1771. — *Traité sur divers accouchements laborieux et sur les polypes de la matrice*. Bruxelles, 1782, t. II.

(4) Ph. J. Roux, *Mémoire sur les polypes utérins* (*Journal de médecine*, 1801), et *Mélanges de chirurgie*. Paris, 1809. — Desault, *Œuvres chirurgicales*. Paris, 1803, t. III, p. 370.

(5) L. Leblanc, *Précis d'opérations de chirurgie*. Paris, 1775, p. 432.

Nous devons donc nous ranger à l'avis de sir Clarke (1), c'est-à-dire que la cause première est jusqu'ici inconnue; tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe en pareil cas, sans doute, quelque lésion de nutrition. Il n'y a point de trace évidente d'inflammation, mais, à certaines périodes et dans certaines conditions déterminées, l'utérus est exposé à ces développements morbides.

§ III. — Symptômes.

Au début de la maladie, les symptômes locaux et généraux sont très-peu marqués et très-vagues; mais quand la maladie est plus avancée, ils prennent un caractère plus tranché et beaucoup plus grave. On peut les diviser, à proprement parler, en symptômes pathologiques et en symptômes purement mécaniques. Les premiers manquent rarement, à moins que le polype ne soit très-petit; les seconds ne se produisent jamais qu'au moment où le polype a dépassé certaines dimensions.

Parmi les symptômes pathologiques, les plus importants de beaucoup sont la perte considérable de sang. Les hémorrhagies se renouvellent fréquemment, mais à des époques irrégulières et en quantité variable. La quantité de sang perdu est, dans beaucoup de cas, suffisante pour que la malade prenne sur tout le corps une teinte très-pâle; les lèvres même blanchissent, tous les signes de l'anémie se produisent; l'appétit devient inégal, il y a de la diarrhée, de l'œdème des extrémités, et enfin la malade en est réduite à un état cachectique très-grave. On peut d'abord croire qu'il ne s'agit que d'une perte ordinaire, et l'on ne s'en préoccupe que quand la constitution est déjà gravement altérée. Plus la perte est abondante et plus la maladie devient dangereuse. Le sang est d'abord rendu à l'état fluide, sans aucune odeur, puis il sort par caillots; quelques-uns même de ces caillots ont tout à fait la forme du polype contre lequel ils ont été appliqués, et quand ils restent longtemps dans le vagin, ils prennent une odeur putride qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic (2).

Dans beaucoup de cas où le polype n'est pas plus gros qu'une noisette, l'hémorrhagie peut cependant être abondante, il semble même qu'elle le soit plus avec de petits polypes qu'avec des tumeurs très-volumineuses. Dans un cas où M. Porter de Meath Hospital fut obligé de faire une opération, pendant fort longtemps il n'y avait pas eu la moindre perte de sang. Une fois le polype enlevé, l'hémorrhagie cesse entièrement et immédiatement. Comme l'on doit s'y attendre, la menstruation devient très-irrégulière aussi bien comme époque que comme abondance de secrétion. Pendant les intervalles, il y a en général un écoulement leucorrhéique

(1) Ch. M. Clarke, *Observation on those diseases of females which are attended by discharges*, 3e édition. London, 1831.
(2) Hamilton's *Observations*, p. 14.

très-abondant. Cela peut tenir à une simple augmentation de sécrétion muqueuse, ou bien cela tient à une inflammation du vagin, et, dans ce cas, l'écoulement est fétide et grisâtre. Suivant Th. Denman, l'écoulement peut être sérieux, muqueux, sanieux et sanguinolent (1).

Un autre symptôme constant, ce sont les vomissements fréquents. Cela tient sans aucun doute aux pertes de sang et peut-être en partie aux efforts expulsifs de l'utérus, ou bien aux tiraillements produits par les polypes. Quant aux symptômes dyspeptiques, aux palpitations, à l'émaciation générale, l'œdème, l'anémie, j'ai déjà noté que tout cela était le résultat des hémorrhagies. La malade se plaint encore d'une pesanteur dans le bassin, d'une pression sur la vulve, de tiraillements dans les reins et dans les aines, de douleurs dans le dos et de fatigue générale. Parfois il y a des sensations régulières de contractions expulsives dans la matrice, qui se reproduisent jusqu'à ce que le polype soit chassé de la cavité utérine. Quelquefois la violence de ces contractions amène la rupture du pédicule et le polype est éliminé. Il faut noter que la portion ou racine du polype qui reste en pareil cas à l'intérieur de l'utérus n'est jamais le point de départ d'une autre tumeur. Une fois le polype enlevé, ou avant l'opération s'il n'est pas trop volumineux, on trouve généralement une ulcération superficielle de la portion du col qui a été en contact avec la racine du polype. Le fait a été noté par Bennet (2), Montgomery (3) et Whitehead, et il a quelque importance au point de vue pratique. En effet, la guérison serait incomplète si l'on ne portait remède à cette érosion. Quand la tumeur est volumineuse, il se peut qu'elle appuie sur la vessie ou sur le rectum, de manière à provoquer et à gêner tout à la fois les fonctions de ces organes.

La présence d'un polype peu volumineux n'empêche pas la conception, bien qu'assurément le développement du fœtus en soit très-gêné. L'avortement est même une suite très-fréquente de la présence des polypes (4). Quand une tumeur très-volumineuse descend dans la cavité du bassin, elle peut apporter un sérieux obstacle à l'accouchement, et il faut l'enlever immédiatement; quand elle reste dans la cavité utérine, elle peut être encore plus nuisible, non pas en entravant l'accouchement, mais en empêchant les contractions utérines qui suivent la délivrance. De là des hémorrhagies très-graves, souvent même mortelles. Un cas de ce genre s'est présenté à moi dans un accouchement pratiqué il y a quelques

(1) Th. Denman, *Midwifery*, p. 50. — *Engravings of two uterus polypi.* London, 1801. — *Medical Commentaries*, vol. IV. p. 228.

(2) Bennet, *Traité de l'inflammation de l'utérus*, trad. par Peter. Paris, 1864, p. 484.

(3) Montgomery, *Dublin quarterly Journal*, 1846, et *Gaz. méd. de Paris*, 1847, p. 321

(4) Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. I, p. 700. — Stark, *Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten*, etc. Iéna, 1779, t. I, p. 130. — Hauck, *Wochenschrift für die ges. Heilkunde*, juin 1837.

années : la malade, après un accouchement normal, paraissait d'abord aller fort bien, mais bientôt se produisit une perte abondante qui ne put être arrêtée par aucun des moyens employés d'ordinaire, et en huit ou dix heures la malade mourut. A l'examen de l'utérus, après la mort, on trouva un volumineux polype qui était implanté sur le fond de l'utérus, et qui évidemment en avait empêché la rétraction. On ne put découvrir aucun vaisseau sanguin à l'intérieur de ce polype.

Radford (de Manchester) m'a raconté qu'il avait vu un fait analogue; Kilian (1) en a vu un autre tout à fait semblable, qui s'est également terminé par la mort.

Oldham a rapporté le fait d'une dame chez laquelle il vit un polype qui, après l'accouchement, était descendu jusqu'à la vulve. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, le polype se détacha peu à peu et finit par disparaître entièrement sans qu'on eût fait aucun traitement. Il rapporte encore un autre cas de polype dans lequel on appliqua une ligature. Une métro-péritonite se déclara et, à la suite, un avortement eut lieu (2).

Je fus appelé pour un autre cas exactement semblable à l'un de ceux que nous venons de rapporter, seulement l'hémorrhagie ne se produisit que dix jours après l'accouchement. On pouvait sentir la matrice plus volumineuse que de coutume au-dessus du pubis, et il en fut ainsi jusqu'à ce que les contractions eurent chassé le polype dans le vagin, où l'on put le sentir distinctement. L'hémorrhagie fut arrêtée, puis, quand la ligature eut été appliquée sur le polype, on reconnut que l'on ne pouvait atteindre jusqu'à la racine de cette tumeur; il ne se produisit pas de nouvelle hémorrhagie et la malade revint à son état de santé habituel.

Priestley a rapporté un cas dans lequel on fut obligé de faire l'accouchement au forceps, et cette opération fut très-laborieuse à cause de la présence d'une masse fibreuse insérée sur la partie postérieure de l'utérus (3). J'ai vu un cas semblable dans lequel on fut obligé de faire la crâniotomie. Cruveilhier dit que la métrite à la suite de couches a souvent été la conséquence de la présence de ces tumeurs (4).

Les polypes sont souvent cause des chutes de l'utérus, ou même des inversions utérines (5).

Denman (6), Heaviside, Hamilton, de Glasgow, Higgins, Pierson, Old-

(1) Kilian, *Ein fibrinœser Polyp der Uterus* (Henle's und Pfeuffer's *Zeitschr.*, t. VIII, p. 2).

(2) Oldham, *Guy's Hospital Reports*, vol. VIII, part. I, p. 69, avril 1844.

(3) Priestley, *Trans. of London Obstetrical Society*, vol. I, p. 217.

(4) J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, livr. XV, et *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1856, t. III.

(5) Ruyschii *Observationum Centuria*, Obs. 6. Amstelodami, 1691, p. 12. — *Med. Comment.*, vol. IV, p. 228. — Levret, *Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes*. Paris, 1749. — Davis's *Obstetric med.*, vol. II, p. 617. — Siebold's *Journal*, vol. VIII, p. 698.

(6) Th. Denman's *Midwifery*, case 2, p. 56-60. — Davis's *Obstetr. med.*, vol. II, p. 618. — Si un polype de la madrice descend dans le vagin, son pédicule entraîne en bas la

ham, Montgomery, etc., ont cité des faits semblables, et, grâce à la bienveillance de M. Lynch, j'ai pu examiner un cas de ce genre à Jervis-street Hospital. L'utérus est d'abord distendu par le polype, peu à peu, l'inversion se produit par suite du poids de la tumeur, de la tendance qu'elle a à descendre et des efforts même que fait l'utérus pour expulser le polype.

Si, pour une cause quelconque, il y a lieu de soupçonner la présence d'un polype constaté par l'examen vaginal (que l'on doit toujours faire d'ailleurs dans les cas d'hémorrhagie), on découvrira la tumeur, à moins qu'elle ne soit retenue dans la cavité utérine. Elle se présente sous la forme d'une tumeur polie, arrondie, insensible, variable comme densité, ayant en général la forme d'une poire. Le pédicule est pendant à travers l'orifice utérin, et s'il y a la place pour que le doigt puisse passer, on peut suivre à travers l'orifice le pédicule jusque dans la cavité. Dans les cas où le polype remplit tout le vagin, nous sommes obligés de nous contenter de renseignements très-vagues; quand le polype est très-petit et reste à l'entrée de l'utérus, le col ne subit pas de changement notable et le doigt est insuffisant pour éclairer le diagnostic. Au spéculum, au contraire, on découvre facilement la tumeur. Les polypes volumineux paraissent en général d'une couleur blanchâtre, mais ceux qui n'ont pas encore franchi le col sont bruns ou d'un rouge foncé. Si un polype volumineux est encore à l'intérieur de l'utérus, on trouve que l'organe est développé en proportion du volume de la tumeur, et la saillie du col plus ou moins prononcée, suivant le degré de pression exercé de dedans en dehors. Après plusieurs examens successifs, on peut sentir que le col s'efface par degrés jusqu'au moment où l'extrémité interne du vagin n'est plus marquée que par l'orifice dilaté de l'utérus. C'est le même phénomène qui se produit à la fin de la grossesse. Si le polype est petit et qu'il soit encore à l'intérieur de l'utérus, la seule manière d'en constater la présence est de dilater l'orifice du col au moyen de petites éponges jusqu'à ce que le doigt puisse être introduit dans la cavité. Ce procédé a été conseillé par le professeur Simpson (1); c'est ce que l'on doit faire dans les cas où l'on a toute espèce de raisons pour soupçonner un polype, ainsi, quand il y a des hémorrhagies répétées irrégulièrement, sans congestion ou inflammation apparente de l'utérus.

Montgomery a publié sur ce sujet les résultats de son expérience particulière. Je ne puis mieux faire que de rapporter ici ses conclusions.

portion de l'utérus à laquelle il est attaché, de sorte que le mal, parvenu à ce degré, se complique généralement d'une inversion partielle de l'utérus. L'inattention en présence d'un fait aussi grave a amené des conséquences fatales. (Gooch, *Diseases of women*, p. 252)

(1) Simpson, *De polypis uteri horumque resectione*. Berolini, 1828. — *On the Detection and Treatment of intra-uterine polypi* (*Monthly Journal*, janvier 1850). — *On the Excision of large pedunculated uterine polypi* (*Monthly Journal*, janvier 1851).

1° Les petits polypes ou les excroissances polypeuses de l'utérus sont très-fréquents.

2° Il n'est pas possible d'en reconnaître l'existence seulement au toucher.

3° Ils peuvent même échapper à l'examen au spéculum, et il faut un instrument pour écarter les lèvres de l'orifice (fig. 98).

4° Ils sont très-souvent la cause d'ulcérations et d'hémorrhagies, et pour guérir ces complications, la première chose à faire est d'enlever le polype.

5° Si un petit polype peut échapper à la vue, il faut d'autre part signaler une disposition spéciale de la lèvre antérieure du col utérin, par suite de laquelle on peut facilement prendre cette lèvre pour un polype.

6° Les petits polypes de l'orifice utérin sont rarement solitaires, ils coïncident très-souvent avec des polypes d'une autre région, très-souvent aussi avec d'autres affections utérines, et principalement avec des tumeurs fibreuses.

7° Ces petits polypes du col utérin, quand ils se rencontrent chez des femmes d'un âge avancé, et surtout s'ils ont un aspect vésiculeux, ne sont souvent que les précurseurs d'une affection maligne.

8° De ce que les polypes sont fréquemment accompagnés d'ulcérations de l'orifice et du col utérin, et par suite même de la douleur concomitante et de l'altération de structure, on prend souvent ces polypes pour des cancers; cette erreur est surtout possible quand on examine la femme au moment où un polype volumineux est encore engagé dans le col et le distend fortement.

9° Dans les cas de polypes volumineux, la ligature est le moyen le plus ordinairement préférable ; il est moins rapide, mais plus sûr que l'excision. Le premier effet est en général d'arrêter l'écoulement, et finalement la guérison devient complète.

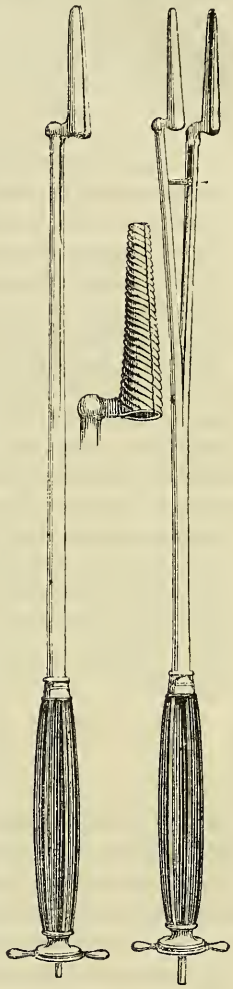


Fig. 98. — Petit spéculum ou dilatateur utérin de Jobert (de Lamballe), modifié par M. Mathieu (*).

10° Pour les polypes et excroissances polypeuses d'un petit diamètre, la torsion est préférable. Dans quelques cas, on peut aussi les détruire avec le caustique.

11° Avec les polypes volumineux, la torsion est un procédé dangereux et qui ne doit pas être essayé.

(*) Pour graduer l'écartement, M. Mathieu a fait l'instrument de deux pièces, comme le représente la figure de l'instrument vu ouvert. Entre les deux branches il y a une petite pièce articulée qui obéit à un écrou placé à la partie inférieure du manche. C'est en ouvrant cet écrou qu'on fait ouvrir ou fermer le spéculum. M. Blatin a conseillé de faire la partie dilatante en forme de vis, afin de faciliter l'introduction.

12° Même avec un polype volumineux et nettement pédiculé, l'excision entraîne toujours le danger d'une hémorrhagie grave.

13° Dans les cas ordinaires de polypes bénins, quand il n'existe aucune autre affection utérine, l'ablation de la tumeur au moyen de la ligature est, dans le plus grand nombre des cas, suivie de succès, alors même que l'on devait en apparence avoir peu d'espoir.

14° Dans les cas d'excroissances d'une nature maligne, telles que les excroissances en choux-fleurs, l'ablation par la ligature sera quelquefois suivie d'un succès complet, et même, le succès ne fût-il pas entier, la malade ne peut que retirer du profit de l'opération.

15° Le point où un polype prend naissance entraîne une grande variété dans la manifestation des symptômes. Un polype de l'orifice donne lieu à moins de symptômes et à un écoulement beaucoup moins abondant que les polypes développés à l'intérieur de l'organe.

16° Les tumeurs fibreuses qui ont pris naissance dans la substance de l'utérus peuvent descendre, de là passer à travers le col et former un polype ordinaire pédiculé dans le vagin.

17° Dans le cas où il n'y a pas de produits de conception à l'intérieur de l'utérus, cette migration se fait lentement et peu à peu. Au contraire, dans les cas de grossesse, l'expulsion de la tumeur peut avoir lieu rapidement sous l'influence des contractions utérines.

18° Un polype d'une dimension considérable peut faire sa première apparition immédiatement après l'accouchement. Enfin, la guérison d'un polype ancien qui était toujours accompagné d'un écoulement abondant peut entraîner des troubles généraux dans tout l'organisme, tels qu'on puisse redouter des congestions du côté de la tête.

§ IV. — Diagnostic.

Il y a plusieurs maladies avec lesquelles le polype utérin pourrait être confondu, et il faut apporter le plus grand soin dans l'examen des malades pour éviter les erreurs. La petitesse de la tumeur, sa situation à l'intérieur de la cavité utérine, ajoutent à la difficulté du diagnostic. Il faut donc examiner soigneusement avec le doigt, avec le spéculum, et au besoin avec la sonde utérine.

Le diagnostic différentiel devra se faire :

I. *Avec la grossesse.* — Dans les cas de polypes, il n'y a aucun des phénomènes sympathiques de la grossesse ; il n'y a aucun des phénomènes perçus par l'auscultation : on peut suivre, au contraire, le développement graduel de la maladie tel que nous l'avons exposé, et l'on voit enfin des hémorrhagies se répéter irrégulièrement.

II. *Avec la hernie vaginale.* — « Les hernies intestinales faisant saillie dans le vagin, dit le docteur Davis, sont, pour la plupart, très-faciles à distinguer des polypes :

« 1° Par la sensation élastique et toute spéciale qu'elles présentent au toucher ;

« 2° Par une extrême sensibilité, si on les touche avec le doigt, et à plus forte raison avec un instrument pointu ou tranchant;

« 3° Par leurs rapports avec la membrane muqueuse vaginale qui les recouvre, et que l'on reconnaît en général assez facilement à ses plis caractéristiques;

« 4° Par le gargouillement particulier aux hernies;

« 5° Par la réductibilité de leur volume à la moindre pression;

« 6° Et enfin par l'absence complète des symptômes qui distinguent ordinairement les polypes (1). »

III. *Avec la cystocèle vaginale.* — La hernie de la vessie dans le vagin se distingue du polype vaginal par une sensation toute spéciale, qui rappelle de loin, sans être aussi prononcée, la mollesse et l'élasticité des hernies intestinales. De plus, la malade éprouve de la difficulté et même de la douleur à vider la vessie : l'urèthre a une direction tortueuse, ce que l'on constate facilement avec le cathétérisme. La tumeur présente un volume variable, suivant l'état de vacuité ou de plénitude de la vessie, et enfin, comme dans le cas précédent, elle est visiblement recouverte par la membrane muqueuse du vagin.

IV. *Avec les excroissances polypeuses de nature maligne.* — J'ai vu parfois ces excroissances du col prendre la forme de polypes et leur ressembler tellement au toucher, que la distinction était impossible à établir avec le doigt. Le diagnostic différentiel est cependant de la plus grande importance, puisque l'opération, dans le cas de polypes malins, ne fait que hâter la mort des malades. Je ne connais que deux points sur lesquels le diagnostic puisse se baser : la présence des symptômes caractéristiques du cancer, et les résultats d'un examen microscopique.

V. *Avec le squirrhe et le cancer utérin.* — La douleur vive qui précède l'ulcération dans les cas de squirrhes, manque dans les polypes; l'hémorrhagie se produit dans les deux affections; mais dans les cas de squirrhes, l'hémorrhagie n'arrive qu'après l'ulcération, et dans les cas de polypes il n'y a jamais d'ulcération. Si le pédicule est à portée, le diagnostic devient facile; autrement, le microscope peut être mis à contribution.

VI. *Avec les excroissances en choux-fleurs.* — D'une part, la densité, la surface unie des polypes, l'insensibilité des tissus, qui ne saignent pas à la moindre pression; d'autre part, l'examen microscopique dans les cas d'excroissances en choux-fleurs.

VII. *Avec les prolapsus utérins et l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.* — Dans le prolapsus, l'orifice de l'utérus est à la partie inférieure de la tumeur. Dans certains polypes, il y a bien quelque chose qui ressemble à un orifice; mais, avec une sonde cannelée ou un cathéter, on reconnaît bien facilement la différence.

Dans les polypes, l'orifice de l'utérus est situé un peu plus bas qu'à

(1) Davis's *Obstetric Medicine*, vol. II, p. 622.

l'état normal ; cependant il est encore dans le bassin ; dans les cas de prolapsus, au contraire, le doigt, à peine introduit dans le vagin, rencontre tout de suite cet orifice.

Presque tous les polypes sont insensibles, du moins à une certaine distance de leur pédicule, tandis que l'utérus est toujours sensible, quelle que soit sa position.

Enfin, avec les polypes, il y a des hémorrhagies concomitantes qui manquent dans les cas de prolapsus utérin : et, au contraire, la matrice en prolapsus est exposée à s'ulcérer, et les polypes ne le sont pas.

VIII. *Avec l'inversion de l'utérus.* — L'histoire de l'inversion est tout autre que celle des polypes : l'inversion se produit en général tout à coup après le travail, et s'accompagne d'hémorrhagie et d'un collapsus général.

Les polypes se développent lentement, et s'ils sont accompagnés d'hémorrhagies, ils ne sont pas accompagnés de collapsus général. L'inversion peut bien aussi se faire graduellement, mais c'est seulement dans les cas où elle est produite par une tumeur fibreuse ou un polype, et, en pareil cas, la présence de la cause productrice éclairera le diagnostic. Dans l'inversion, le doigt est arrêté par la réflexion des parois vaginales. Dans le polype, à moins que le pédicule ne soit trop volumineux, le doigt pénètre facilement dans le vagin et peut arriver jusqu'au col utérin.

La surface d'un utérus en inversion est raboteuse sous le doigt; celle d'un polype est lisse et unie; enfin, dans l'inversion, la sensibilité est plus grande et plus générale que dans le polype.

§ V. — Pronostic.

Le pronostic doit toujours être considéré comme grave, tant que le polype est dans l'utérus; la malade est toujours exposée à des hémorrhagies graves et à de sérieux accidents primitifs et secondaires. Si la tumeur n'est pas enlevée, elle peut amener une terminaison fatale, par suite de l'épuisement dans lequel elle jette la malade; ou elle peut donner lieu à un prolapsus ou à une inversion ; elle peut empêcher la conception ou causer un avortement; enfin, si la malade amène son enfant à terme, tous les dangers ne sont pas encore évités : l'accouchement peut être rendu très-difficile par suite d'obstacles mécaniques; ou une hémorrhagie fatale peut survenir, l'utérus ne pouvant se rétracter. En général, cependant, une fois le polype enlevé, la malade revient rapidement à la santé.

§ VI. — Traitement.

[*L'élimination spontanée*, dit M. Marchal (de Calvi) (1), est le terme générique qui désigne l'acte par lequel un polype est spontanément détruit

(1) Marchal (de Calvi), *Observations et remarques sur la cure spontanée du polype utérin* (*Ann. de la chirurgie française et étrangère*. Paris, 1843, t. VIII, p. 385).

ou séparé de son siége. Elle peut avoir lieu par *gangrène*, par *détachement*, par *expulsion*. Il est nécessaire d'expliquer la différence qui existe entre l'expulsion et le détachement. Dans l'*expulsion*, le mécanisme est absolument pareil à celui de l'accouchement; le polype joue le rôle du fœtus : la matrice se contracte sur lui et l'expulse. Il faut, sans doute, qu'il y ait rupture du pédicule pour que l'expulsion ait lieu; mais ce qui frappe, dans le phénomène, c'est l'action expultrice de l'utérus. Dans le *détachement*, il n'y a rien de semblable : c'est le col qui agit par son ressort sur le pédicule et qui sépare insensiblement le polype, ou bien c'est ce dernier qui, par son poids, allonge le pédicule et se détache.

Il y a six modes d'élimination spontanée de ces polypes :

1° Par destruction gangreneuse sur place ;

2° Par accouchement du polype ou expulsion ;

3° Par atrophie, ulcération ou gangrène du pédicule ;

4° Par élongation, amincissement et rupture du pédicule ;

5° Par suite du travail de l'accouchement;

6° Enfin par éradication soudaine.

Dans ce cas, le polype est arraché violemment, instantanément, par suite d'un effort soudain. Le pédicule est comme tordu d'un seul coup sur lui-même.

M. Marchal, après avoir réuni 24 observations empruntées aux auteurs, cite comme exemple unique de ce mode d'élimination spontanée des polypes utérins l'observation suivante :

Observation III. — Madame X..., demeurant rue Saint-Jacques, ayant toujours été bien portante, très-active, éprouva, vers l'âge de quarante-cinq ans, des pertes utérines, non très abondantes, mais fréquentes. Elle se plaignait en même temps de douleurs dans les aines et dans les reins. M. D..., qu'elle consulta, l'examina, crut à un engorgement de l'utérus, et prescrivit des applications de sangsues réitérées, des bains, des lavements, un régime doux, le repos général, et surtout celui de l'organe malade. Ce traitement ne produisit aucune amélioration ; il n'en fut pas moins continué pendant plusieurs années. Madame X..., affaiblie par les sangsues, affaiblie par les métrorrhagies, commençait à se décourager, lorsqu'un jour, en se préparant elle-même un bain, elle souleva un cylindre très-pesant, et sentit un objet s'échapper de ses parties génitales. S'étant aussitôt saisie de cet objet, elle s'écria qu'elle venait de rendre un cœur de volaille. En fait, elle venait d'être débarrassée, par un violent effort, d'un polype qui avait effectivement quelque vague ressemblance, dans la forme, avec un cœur de poulet. C'était ce polype qui avait amené les pertes et tous les symptômes précités, pour lesquels, en vue d'une métrite supposée, cette pauvre femme

Fig. 99. — Polype expulsé spontanément (*).

(*) Il a un corps et un pédicule. Ce dernier est lisse d'un côté, et présente, de l'autre, une déchirure qui donne une idée de la manière dont le détachement s'est effectué. (Marchal, de Calvi.)

avait été soumise au traitement antiphlogistique pendant un si long temps. Voici ce polype, dans sa configuration et ses dimensions.

Le corps anormal était entièrement formé de tissu utérin (fig. 99). Je l'ai présenté à l'Académie de médecine (1), plusieurs membres l'ont examiné attentivement, et aucun doute ne s'est élevé sur sa texture. C'est donc avec raison que j'ai regardé le cas comme doublement remarquable ; il l'est, en effet, et par l'élimination du polype, et par la nature de celui-ci.

Un petit écoulement de sang eut lieu à la suite de la brusque élimination du polype et s'arrêta presque aussitôt. Dès ce jour, madame X... n'éprouva plus aucune espèce d'incommodité du côté des voies génitales. Je l'ai revue plusieurs fois pour une légère affection intestinale, et elle ne cesse de se louer de ce qu'elle appelle la cure du cylindre.]

Quand l'opération est nécessaire, la première question à se poser dans tous les cas où on a lieu de soupçonner un polype est celle-ci : la tumeur est-elle, oui ou non, à la portée des instruments ?

L'examen par le vagin éclaire ordinairement sur ce point; mais il y a encore un grand nombre de cas dans lesquels le polype existe réellement sans qu'on puisse en acquérir la certitude. Dans ces cas, et dans ceux où le polype est situé trop haut pour qu'on l'opère ; dans ceux où il est trop volumineux pour passer à travers l'orifice de l'utérus, tous les efforts du chirurgien doivent tendre à modérer les accidents actuels, à soutenir la constitution et à provoquer, si c'est possible, la descente du polype. On tentera d'abord de diminuer les hémorrhagies au moyen d'injections astringentes, de tamponnement du vagin, de dérivatifs sur le sacrum, et enfin de médicaments astringents administrés à l'intérieur. On peut ainsi obtenir déjà quelques résultats, bien que, chez la plupart de mes malades, le soulagement n'ait été que partiel. C'est tout au plus si, par ces moyens, on permet à la malade d'attendre la descente du polype avec moins de dangers que si l'on n'eût rien fait. Il faut prescrire la nourriture la plus tonique possible, mais donner du vin en quantité très-modérée. Afin de hâter l'expulsion du polype à travers l'orifice de l'utérus, il est à propos d'administrer l'ergot de seigle, dont l'action sera d'ailleurs très-utile pour arrêter les hémorrhagies. Si le polype paraît et disparaît alternativement, on administrera encore l'ergot de seigle, et au moment où il paraît hors de la matrice, on le saisit avec des pinces de Museux, droites ou courbes (fig. 100 et 101), ou avec la pince-érigne de Alph. Robert (fig. 102), on l'attire en bas et l'on pose une ligature.

Dans le but de dilater l'orifice utérin, on a donné, dit-on, avec succès la teinture de *Lobelia inflata* (2).

Quand le polype est volumineux et ne peut passer qu'à grand' peine à

(1) Marchal (de Calvi), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1842-1843, t. VIII, p. 658.

(2) *Edinburgh Journal*, juillet 1835.

travers l'orifice utérin, Boivin et Dugès (1) recommandent des applications de belladone sur le col utérin, et Dupuytren (2) conseille l'incision du col. J.C. Lee (de New-York) a le premier fendu le col et appliqué une ligature

Fig. 100. — Pince-érigne droite de Museux.

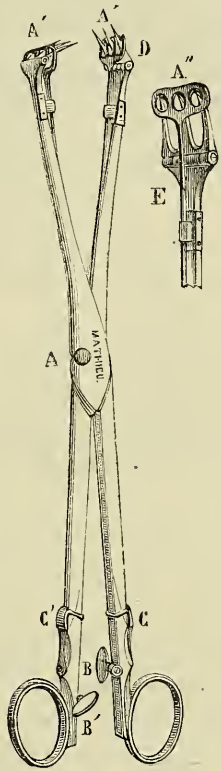


Fig. 102. — Pince-érigne de Alph. Robert (*).

Fig. 101. — Pince-érigne courbe de Museux.

sur le polype (3). Cependant il est rare qu'on soit forcé d'en venir à l'un ou à l'autre de ces moyens, l'hémorrhagie servant elle-même à relâcher les fibres utérines.

B oivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 356.

(2) Dupuytren, *Journal universel hebdomad. de médecine et de chirurgie pratiques*, juillet 1899, n° 42, et *Leçons orales de clinique chirurgicale*. Paris, 1838.

(3) J. C. Lee, *American Medic. Journ.*, 1855.

(*) Cet instrument est formé par une longue pince à anneaux dont les branches s'articulent en A à la manière d'un forceps : A' A, trois dents mobiles autour d'une charnière ; D, plaque perforée de trous en face de chaque dent et destinée à rendre l'instrument mousse lorsque les dents A' sont dans l'axe des branches, comme en A'' ; BB', vis de rappel faisant mouvoir la tige E, et par suite la plaque A' : celle-ci, en descendant jusqu'à l'insertion des dents, donne à celles-ci la direction A' ; CC, ressort destiné à maintenir immobile la tige E une fois que les dents de la pince ont pénétré dans la tumeur. Chaque branche peut isolément servir d'érigne, ou les deux peuvent être introduites rectilignes et mousses de chaque côté de la tumeur, puis articulées, et alors, en faisant mouvoir la vis, les dents pénètrent d'elles-mêmes dans la tumeur sans déchirer les parties voisines.

[Il n'en est pas toujours ainsi, si l'on en juge par l'exemple suivant : Deux fois, à un an de distance, chez une de mes malades atteinte de polypes fibreux insérés sur les parois de l'utérus par un pédicule très-large, épuisée par des hémorrhagies abondantes, j'ai pratiqué sur le col de l'utérus des débridements multiples, pour arriver à porter la pince de Alph. Robert sur le corps de la tumeur et l'attirer vers le vagin. J'ai pu alors, après quelques incisions faites avec des ciseaux courbes sur le pédicule de la tumeur, en achever l'extraction, en la tordant sur elle-même. La première fois, le polype fibreux avait le volume d'un gros œuf de poule ; l'année suivante, la tumeur extirpée par le même procédé mesurait les dimensions d'une petite orange. Les opérations ne furent suivies d'aucun accident, et la malade, en décembre 1864, après quatre ans, était dans un état de santé des plus satisfaisants. La première opération fut pratiquée en mars 1860, la seconde en octobre 1861.]

Si l'hémorrhagie est grave et que la malade se trouve dans un grand état d'épuisement, on peut aller lier le polype dans l'utérus même, à la condition toutefois que l'orifice soit dilatable. On maintient le polype avec un crochet, ou mieux avec un instrument qu'a inventé M' Clintock (1), et qui ressemble tout à fait à un tire-bouchon. Nous en donnons la figure plus loin.

Si le polype est tout à fait à portée des instruments, la conduite du chirurgien doit être beaucoup plus décidée : il faut l'enlever, puisque ce moyen doit sauver la malade. Il y a trois procédés opératoires, entre lesquels le chirurgien choisira celui qui lui paraîtra le mieux convenir :

1° Certaines espèces de polypes peuvent être enlevées par torsion ;

2° On peut appliquer une ligature qui mortifie et fait tomber le polype ;

3° Ces tumeurs peuvent être enlevées par excision.

Siebold ajoute un quatrième procédé, et il rapporte un cas de succès : il s'est servi du cautère actuel (2).

De tous ces procédés, la ligature est celui qui a été le plus souvent employé, parce qu'on le regarde comme celui qui entraîne le moins de dangers.

I. *Ablation par torsion.* — Si l'on réfléchit que certains polypes se sont détachés par les seuls efforts de la nature, par suite de leur propre poids ou des diverses secousses qu'éprouve le corps, comme Marchal (de Calvi) en a cité 24 observations, on en arrive naturellement à admettre que ces tumeurs pourraient être facilement enlevées, sans qu'on eût recours à une formidable opération. Ce n'est cependant que dans les cas de polypes cellulaires ou glandulaires que le procédé par torsion est applicable : il faut que le tissu de la tumeur soit mou et lâche.

Le procédé opératoire est très-simple : on saisit le polype entre l'index le pouce, ou bien avec une paire de pinces spéciales, ou enfin, s'il est

(1) M'Clintock, *Clinical Memoirs on diseases of women*. Dublin, 1863.
(2) A. E. von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. I, p. 709.

très-petit, avec la pince de Wilde (1). On fait doucement plusieurs tours de torsion, jusqu'à ce que le pédicule se rompe, et l'opération est terminée. Si, après un degré raisonnable de torsion, la tumeur ne vient pa , si le pédicule est trop épais, il vaudra mieux avoir recours à l'une des autres méthodes d'ablation. Jamais, à ce que je sache, aucune hémorrhagie n'a suivi l'enlèvement des polypes par torsion, et même l'écoulement qui existait antérieurement cesse. Les seuls soins à prendre, outre le régime général, sont de faire deux ou trois fois des injections vaginales avec un liquide légèrement astringent.

[On voit, par l'exemple que nous avons cité, que la torsion est également applicable aux polypes fibreux même volumineux si l'on a soin, dans les cas où le pédicule de la tumeur est large, d'en diminuer le volume par quelques incisions faites au moyen de longs ciseaux courbes. Ajoutons qu'il faut, au moment où l'on pratique la torsion, que l'utérus soit solidement maintenu par un aide, ce qui est généralement rendu facile par l'hypertrophie considérable qu'ont subie les parois de la matrice.]

II. *Ablation par ligature.* — Ce procédé, qui est loin d'être nouveau, a été considéré comme le meilleur par beaucoup de praticiens, je pourrais même dire par la plupart des praticiens modernes. L'avantage tout spécial de ce procédé est de faire courir moins de dangers à la malade. Il évite toute chance d'hémorrhagie, et il est moins formidable que celui qui consiste à trancher au travers d'une masse de structure inconnue. Il a cependant ses inconvénients, sans compter ceux qui tiennent à la difficulté même de l'application. Parfois le pédicule ne peut être isolé; d'autres fois l'inflammation produite par l'opération vient se joindre à l'écoulement qui s'échappe d'une masse à demi putréfiée, et il en résulte pour la malade de très-sérieuses conséquences. L'ablation par la ligature est en principe facile à exposer. On serre peu à peu le pédicule, la circulation s'interrompt dans la tumeur, et la vitalité est détruite; aussitôt, d'après une loi bien connue de la nature, les parties détruites tendent à se séparer des tissus vivants. L'expérience a appris que cette ligature peut être appliquée sur n'importe quel point du pédicule avec un égal succès, car la portion qui reste, au lieu de donner naissance à un nouveau polype, ne manque jamais de se mortifier. La ligature a même été employée avec succès dans des cas où le polype tout entier était logé dans la cavité du col (2). Si le pédicule est très-épais, il sera à propos de faire usage de deux ligatures au lieu d'une, c'est-à-dire de passer une aiguille avec un fil double à travers le corps du pédicule; on retire ensuite l'aiguille, et chacune des moitiés de ce pédicule se trouve entourée par une ligature distincte. Ce procédé accélère considérablement la mortification.

On a proposé un grand nombre de canules et de procédés de ligature,

(1) Voy. chapitre des TUMEURS DU MÉAT URINAIRE, p. 91.

(2) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édition. Paris, 1839, t. IV, p. 387.

nous n'en mentionnerons ici qu'un petit nombre. Sir Clarke préfère un fil de soie ciré (1). Hamilton a fait usage de fil d'argent. « Les fils d'argent, dit-il, ont sur toute autre espèce de ligature deux avantages très-grands. Ils peuvent être appliqués avec les doigts seuls, sans qu'il y ait à faire usage des divers procédés mécaniques qui ont été proposés, sur les polypes les plus volumineux, et ils peuvent être conduits jusqu'à la surface d'implantation de la tumeur. On évite donc ainsi la chance de comprendre l'utérus dans la ligature. » Bien entendu que l'argent doit être pur et que le fil doit être assez fin.

D'autres chirurgiens ont fait usage d'une corde à boyau, d'autres encore d'un fil de soie enroulé d'un mince fil métallique. M. D. H. Walne (2) a recommandé le fil connu sous le nom de fouet, ayant observé que ce genre de corde, quand elle est mouillée, augmente d'épaisseur et diminue de longueur, en sorte qu'une ligature faite avec cette substance, au lieu de se relâcher une fois appliquée, se serrera d'elle-même notablement. Du reste, toute espèce de ligature, pourvu qu'elle soit faite avec un lien suffisamment solide et pas trop mince, répond au but que l'on se propose. J'ai vu faire usage et j'ai fait moi-même usage, avec un égal succès, de tous les procédés que je viens de mentionner.

[Les canules dont on se sert le plus ordinairement sont celles qui ont été inventées par Levret et Niessen (3). La première (fig. 103) est formée de deux tubes soudés ensemble latéralement. On fait passer le fil à ligature à travers ces deux tubes, de manière à former une anse *a* à la partie supérieure et à ce que les deux chefs de ces fils pendent à la partie inférieure *b*,*b*. Une fois le polype compris dans l'anse *a*, on serre les deux fils *b*,*b* sur les petits anneaux qui se trouvent à la partie inférieure et où tourne sur son axe la double canule, pour augmenter la constriction.

Le procédé de Desault (4) se rapproche de celui de Levret. Pour l'exécuter, il faut deux canules (fig. 104) : entre les deux branches de la canule *b*, on passe le fil qui sort de l'extrémité utérine de la canule *a* : on tire le stylet dans la canule qui le contient : alors les deux demi-anneaux qui se regardaient par leur concavité se joignent et forment un anneau entier, un œil qui est traversé par le fil. Les deux extrémités des canules, ainsi jointes par le fil, sont dirigées sur le pédicule du polype : le doigt indicateur de la main gauche peut aider ce premier temps. Des deux canules parvenues au pédicule, une, celle à anneau, est tenue fixe par la main gauche : avec la main droite, on imprime à l'autre un mouvement qui fait tourner son extrémité utérine autour du pédicule, et,

(1) Clarke, *Practical Observations*, p. 65-66.
(2) Walne, *Medic. Gazette*, 16 juillet 1836.
(3) Niessen, *Diss. de polypis uteri et vaginæ, novoque ad eorum ligaturam instrumento*. Gottingæ, 1785.
(4) Desault, *Journal de chirurgie*, t. IV. — *Œuvres chirurgicales*, 3e édit. Paris, 1830, t. III.

comme elle entraîne avec elle le fil, celui-ci forme un anneau autour du pédicule du polype. Quand le pédicule est ainsi entouré et que les extrémités internes des deux canules se sont rejointes, on leur imprime un mouvement de rotation qui, communiqué aux deux bouts du fil, les tord. C'est alors qu'on ouvre l'œil du stylet en le poussant vers l'utérus (la figure 105 représente un porte-fil de Desault modifié, l'anneau A le fait mouvoir par une vis, et un cliquet B le fixe). Un fil est alors dépassé, et il n'est pas difficile de se débarrasser de l'autre canule. Les deux fils étant libres, on les passe dans un serre-nœud.

Fig. 103. — Double canule de Levret.

Fig. 104. — Ligature, procédé Desault (*).

Fig. 105. — Porte-fil de Desault, modifié.

Au lieu de ces deux canules, on pourrait très-bien imiter Mathias Mayor (1), qui se sert de deux ou trois tiges d'acier ou de baleine terminées en pattes d'écrevisse (fig. 106). Le fil est passé dans chaque patte, *a*, *a*,

(1) M. Mayor, *Nouveau système de déligation chirurgicale*, 2e édition. Lausanne, 1837.

(*) *a*, canule simple, qui a une ouverture à ses deux extrémités; l'extrémité externe porte deux anneaux, un fil parcourt cette canule; *b*, canule contenant un stylet qui se bifurque à l'extrémité utérine; chaque branche de ce stylet porte un demi-anneau.

dont les dents restent fermées par leur élasticité. Quand on veut détacher les fils, on tire sur eux ; l'élasticité des deux dents étant vaincue, elles s'ouvrent et laissent échapper le fil. Les deux bouts sont préalablement passés dans le serre-nœud *b* de manière à pouvoir étrangler le pédicule.]

Paul Dubois (1) a proposé un spéculum muni d'une gaîne double qui saisit le polype et permet d'appliquer la ligature sur le pédicule : mais cet instrument ne pourrait être porté dans l'utérus, alors même que l'utérus aurait été abaissé par une pression sur l'hypogastre, et, de plus, il n'est

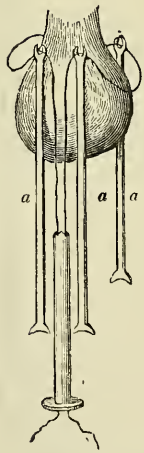


Fig. 106. — Ligature, procédé Mayor (*).

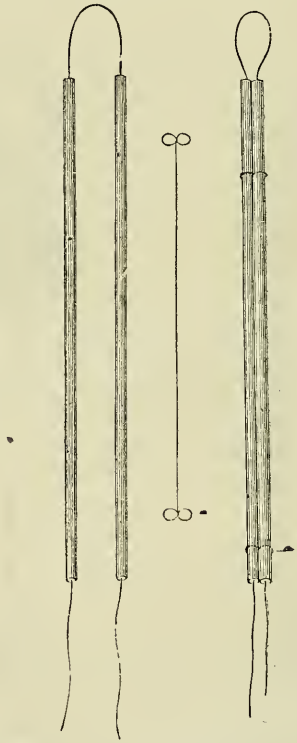


Fig. 107. — Appareil de Nissen pour la ligature des polypes, modifié par Gooch.

applicable que pour saisir des polypes de petite dimension. Le docteur Blundell recommande, comme étant un des meilleurs instruments, l'aiguille à polypes de Hunter. « Cette aiguille, dit-il, consiste en une tige

(1) Paul Dubois, *Spéculum à ligature* (*Archives générales*, 1re série, t. XXII, p. 273).

(*) *a, a, a,* tiges d'acier ou de baleine terminées en pattes d'écrevisse ; *b*, canule.

de fer, laquelle, quoique flexible, est cependant très-roide, en sorte qu'on peut lui donner la courbure que l'on veut et lui faire garder cette courbure. A l'une des extrémités de la tige, il y a un crochet, ou œil, et à l'autre, un manche sur lequel on attache les fils (1). » Au moyen du crochet, on porte le fil autour du polype et l'on serre la ligature.

Burns (2), parlant de la difficulté que l'on éprouve quelquefois à appliquer une ligature avec la canule double de Levret, fait observer que l'application du procédé deviendra plus facile en faisant usage d'une canule double dont les tubes seront réunis ou séparés à volonté au moyen d'une troisième pièce adaptée comme une gaîne, et il se reporte à un instrument de ce genre qui a été proposé par M. Cullerier et décrit par L. R. Lefaucheux (3). La description donnée par Burns répond exactement aux modifications qu'a fait subir à la canule de Niessen le docteur Gooch (fig. 107). Je n'entreprendrai pas de décider ici à qui revient la priorité sur ce point. Je ne puis même dire si Burns a fait lui-même usage de la canule qu'il a préconisée.

Après avoir noté les défauts que présente la canule de Niessen et les modifications qu'on lui a fait subir, Gooch décrit de la manière suivante cet instrument et la manière de s'en servir (4). « L'instrument dont je me sers est formé de deux tubes en argent, chacun de huit pouces de long, parfaitement droits, complétement séparés l'un de l'autre et ouverts à leurs deux extrémités. Une ligature très-longue, consistant en une corde à fouet, est introduite dans les deux tubes, et les deux chefs de la ligature sont pendant en dehors des tubes. On place ces deux tubes à côté l'un de l'autre et on les introduit avec le doigt dans le vagin le long du polype, jusqu'à ce que leur extrémité supérieure arrive au pédicule. On écarte alors les deux tubes ; l'un d'eux est maintenu immobile et l'autre est porté autour du polype et du pédicule, puis ramené au contact du premier tube. De la sorte, le fil forme une anse circulaire autour du pédicule. Les deux tubes réunis ne forment plus qu'un seul instrument. Pour rendre l'union plus intime, on les fait passer dans des petits cercles métalliques qui maintiennent parfaitement en contact les extrémités supérieures et inférieures ; on tire alors fortement sur les extrémités pendantes des fils, on les tord, on les fixe à une partie saillante qui se trouve à l'extrémité des tubes, et le polype, complétement étranglé, se mortifie et tombe. »

Oke, de Southampton, a proposé de faire une modification nouvelle à l'instrument de Gooch : c'est d'allonger et de courber à leur extrémité les tubes ; puis, au lieu de réunir ces tubes en un seul instrument, de les retirer et de leur substituer une troisième canule dans laquelle on ferait pas-

(1) Blundell, *Diseases of women*, p. 118.
(2) John Burns, *The principles of midwifery*, 10th édition. London, 1843.
(3) Lefaucheux, *Dissertation sur les tumeurs circonscrites et indolentes du tissu cellulaire de la matrice et du vagin*, thèse. Paris, an XI.
(4) Gooch, *On the more important diseases of women*, p. 26[illegible].

ser les deux bouts du fil, on la laisserait en place et on serrerait la ligature au moyen de cette seule canule (1).

Alexis Favrot emploie un autre procédé : au lieu de tubes métalliques, il fait usage de deux sondes de gomme élastique, qu'il coupe juste au-dessus des yeux ; il fait passer un fil de soie double par ces deux sondes et procède ensuite à peu près de la même manière que dans le cas précédent (2).

[Prosper Hullin (3), de Mortagne, a présenté à l'Académie de médecine des instruments destinés à lier les polypes de l'utérus et composés de trois pièces différentes métalliques, isolées ; savoir : deux aiguilles servant de porte-nœud, et une troisième pièce formant le serre-nœud.

Les deux aiguilles sont d'acier aplati, longues de 25 centimètres, larges de 3 millimètres et demi. Leur épaisseur est inégale, l'une ayant 2 millimètres, et l'autre étant moitié moins épaisse.

Ces aiguilles présentent ainsi un aplatissement d'avant en arrière dans presque toute leur longueur ; mais cet aplatissement change de direction vers l'extrémité supérieure, il devient latéral dans l'étendue de 2 centimètres, afin de favoriser l'ouverture d'un trou transversal formant le chas des aiguilles.

En outre, l'aiguille la plus faible est percée d'un second trou sur son plat, vers ses trois quarts inférieurs ; et, pour cette raison, l'auteur l'appelle aiguille à double ouverture ; l'autre aiguille, destinée à porter le nœud autour du pédicule prend le nom d'aiguille conductrice.

Le serre-nœud est fait sur le modèle de celui de Desault. Il consiste en une tige métallique de 30 centimètres de longueur, plus ou moins, selon le volume du polype ; large de 11 millimètres à son extrémité inférieure, sur une épaisseur de 2 millimètres, l'instrument va en s'amincissant vers son extrémité supérieure, qui se termine brusquement par une petite tête ronde, légèrement aplatie de haut en bas, de 7 millimètres de diamètre, et percée d'un trou vertical de 4 millimètres de diamètre. L'extrémité inférieure de la tige, en s'élargissant, se termine par une ouverture formant un carré oblong de 1 centimètre et demi de hauteur sur 7 millimètres de largeur. Le milieu de ce carré est traversé horizontalement par une tige offrant un œil dans son centre et terminée, d'un côté, par une roue dentée avec encliquetage, et, de l'autre, par une lame aplatie servant de poignée.

Ces instruments offrent une simplicité extrême ; point de canule, point de pince brisée, comme dans l'appareil de Desault ; ils sont d'un emploi

(1) Oke, *Provincial med. and surg. Journ.*, 2 décembre 1846.

(2) Favrot, *Revue méd.-chir.*, janvier 1848.

(3) P. Hullin, *Procédés et instruments pour détruire les polypes de l'utérus* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1841-1842, t. VII, p. 954) ; *Rapport de A. Bérard* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VIII, p. 616). — P. Hullin, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1862, p. 1.

beaucoup plus sûr que les porte-ligature de Sauter et qui se terminent par une simple fourchette à leur extrémité.

La possibilité de passer les aiguilles dans l'anneau du serre-nœud dispense de cette manœuvre difficile qui consiste à faire passer au-dessus du fil de la tige à pince brisée le fil que conduit la canule.

Quant à la modification que présente l'extrémité inférieure du serre-nœud, elle n'appartient pas à Hullin; son mécanisme est plus compliqué que celui du serre-nœud de Desault, mais il nous semble plus efficace.]

Il est assez difficile de décider lequel de ces divers instruments vaut le mieux. Chacun est préconisé et a été employé avec succès par des hommes d'une grande expérience : il est probable que le succès dépend bien plus de l'opérateur que de l'instrument. Pour moi, d'après ma propre expérience, je serais porté à préférer la canule de Levret, dans les cas de polypes peu volumineux ; l'instrument de Gooch, au contraire, quand le polype est assez gros. Je suis de l'avis des auteurs qui disent qu'une ligature est plus difficile à appliquer autour d'une petite tumeur qu'autour d'un gros polype, et, entre autres arguments, je pense que cette différence en est un pour faire préférer l'excision des petits polypes. Dans beaucoup de cas, je me suis bien trouvé de faire usage de la pince de Museux ou du tire-bouchon que je décrirai plus loin. Par une traction douce et persistante, on peut amener les polypes en vue. Souvent même on les amène assez en dehors pour que la ligature devienne facile. Une fois l'opération faite, on enlève la pince et on laisse la tumeur remonter dans le bassin. Pendant longtemps, j'ai trouvé plus avantageux d'inciser la tumeur au-dessous de la ligature, et quand les fils étaient appliqués bien serrés depuis vingt-quatre heures. Il faut avoir grand soin de ne pas comprendre dans la ligature aucune portion de l'utérus, car cela produit souvent des douleurs très-vives. Nous avons déjà fait remarquer que, dans beaucoup de cas, les fibres utérines se prolongeaient jusqu'à une certaine distance dans le pédicule, ce qui explique les douleurs très-vives que la malade éprouve, alors même que l'orifice utérin est intact, et la nécessité où l'on est de relâcher la ligature, quitte à la resserrer ensuite graduellement.

Une fois l'instrument choisi et les fils introduits dans les tubes, la malade doit être placée sur le dos ou sur le côté, et la ligature sera appliquée de la manière indiquée, suivant le genre de l'instrument qu'on aura choisi. On ne peut faire usage d'un spéculum ordinaire, à moins d'avoir affaire à de petits polypes glandulaires ; mais pour les polypes plus volumineux, quand ils ne remplissent pas tout le vagin, j'ai trouvé que les écarteurs du docteur Sims étaient très-utiles ; ils mettent à même de voir la tumeur au lieu d'en être réduit au simple toucher. Une fois l'opération faite, il faut mettre la malade en garde contre les mouvements subits qui, en repoussant la canule fortement en arrière, pourraient être cause d'un dommage irréparable. Le mieux est de laisser cette canule en avant

du polype, et, s'il le faut, de l'attacher à la cuisse avec un ruban. On serrera ensuite plus ou moins souvent la ligature (1), suivant le degré d'irritation des parties. S'il n'y en a pas du tout, on devra augmenter chaque jour le degré de constriction, attendu que plus tôt le polype sera enlevé, mieux cela vaudra. Mais s'il y a de la douleur locale ou des troubles généraux, on doit être très-prudent ; il y a même des cas où il faut relâcher la ligature. A tout événement, ce sera souvent assez de serrer le nœud tous les deux ou trois jours. Après vingt-quatre heures, on devra faire dans le vagin une injection d'eau tiède ou d'infusion de camomille, chaque fois que l'on voudra serrer la ligature ; cette précaution fait disparaître les écoulements irritants et met la malade plus à son aise. Après un intervalle qui varie de six jours à trois semaines, la canule se trouve libre dans le vagin, et le pédicule du polype est sectionné si la tumeur est peu volumineuse ; un doigt suffit pour la tirer hors du vagin. Si elle est plus volumineuse, on peut éprouver quelque peine, surtout chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et on est quelquefois obligé de faire usage d'un crochet ou d'une paire de pinces.

Il y a aussi des cas dans lesquels le polype résiste à toute espèce de ligature. Un fait de ce genre s'est présenté, il y a quelques années, à l'hôpital de Meath : après un assez long temps d'application, la ligature ne faisant aucun progrès, M. Porter fut obligé d'avoir recours au bistouri. J'ai déjà rencontré plusieurs faits de ce genre, et j'ai reconnu que le mieux était de ne pas attendre trop longtemps. Pendant que la ligature est en place, la malade doit garder le repos au lit ; la liberté du ventre doit être entretenue au moyen de lavements, et s'il y a une douleur vive ou de l'insomnie, on administre de l'opium. Les jours qui suivent la chute du polype, on fait usage d'injections d'eau tiède, d'eau aluminée ou d'infusion de camomille. Le plus ordinairement, une fois la ligature en place, il ne s'écoule pas une seule goutte de sang, et, avec des soins, la malade se relève très-vite de l'état anémique dans lequel elle était tombée et échappe à toutes les complications qui étaient survenues.

Il y a cependant des exceptions malheureuses, et l'on a vu des femmes succomber à la fièvre inflammatoire avant même la chute du polype, ou mourir de phlébite utérine après l'opération (2). Un fait de ce genre s'est passé à l'hôpital Saint-George, dans le service de M. Babington (3), et un deuxième tout à fait analogue a été observé par Blandin. Dupuytren a rencontré huit ou dix cas qui furent suivis d'infection purulente. Sur les dix

(1) [Nous croyons qu'il vaut mieux dans la même séance arriver lentement et graduellement au degré extrême de la constriction, et même à la séparation complète du polype. Il est évident que, pour atteindre ce but, il faudra employer des liens solides, et il faudra y mettre le temps. On évitera plus sûrement, de cette façon, un certain nombre des accidents que signale l'auteur.]

(2) *British and foreign Review*, juillet 1837, p. 183.

(3) Babington, *Cyclop. of pract. med.*, art. *Pathology of the uterus*, vol. IV.

femmes opérées par M'Clintock, trois moururent, et il rapporte que sur les cinquante-neuf cas de Robert Lee, il y en eut dix-neuf suivis de mort, tandis que dans les trente-cinq cas où le polype fut enlevé par torsion ou excision, il n'y a pas eu un seul cas de mort (1). J'ai vu moi-même deux cas de mort à la suite de la ligature, et une autre fois il y eut des accidents de *phlegmatia alba dolens*. M'Clintock tire les conclusions suivantes :

1° La mort peut survenir avant que la ligature ait sectionné le pédicule, et cela même dans des cas où les fils n'avaient pas été exagérément serrés et où aucune portion de l'utérus n'avait été comprise dans la ligature ; 2° dans quelques cas la terminaison fatale a tenu à une inflammation du péritoine ; 3° dans d'autres cas, une phlébite utérine se terminant par la mort a succédé à l'application de la ligature ; 4° dans un grand nombre de cas, la mort a dû être attribuée à une sorte de fièvre putride lente ; 5° les abcès pelviens, avec les dangers qu'ils entraînent, peuvent aussi se produire à la suite de la ligature des polypes utérins ; 6° la *phlegmatia alba dolens* peut se produire dans une ou dans les deux jambes ; 7° la malade pourrait aussi être emportée par le tétanos (2).

Langenbeck dit qu'il a vu l'hémorrhagie cesser immédiatement après l'ablation du polype, mais que dans les dix dernières années, il a vu dix cas de pyoémie, et il conseille de n'appliquer de ligature que par mesure de précaution. Une fois le nœud fait, on doit exciser le polype (3).

III. *Ablation par excision.* — En face des inconvénients très-grands qui viennent de la présence d'un corps semi-putréfié dans le vagin, et d'autre part des difficultés que l'on rencontre parfois à sectionner les pédicules des polypes par la ligature, beaucoup de praticiens éminents ont conseillé de préférence l'excision avec les ciseaux, le bistouri ou l'écraseur. On a d'ailleurs reconnu que, dans le plus grand nombre des polypes, il n'y avait pas de vaisseaux volumineux. Parmi les auteurs qui se sont rangés à cet avis, nous citerons Osiander (4), Hervez de Chégoin (5), E. A. von Siebold (6), C. G. Mayer (7), Dupuytren, Dieffenbach, Max. Langenbeck (8), Arnott, Simpson, Brown (9), etc. Siebold et Mayer (de Berlin) conseillent seulement la ligature dans les deux cas suivants :

1° Quand dans le pédicule ou polype on sent battre une artère ;

2° Quand le pédicule de la tumeur est très-épais et contient probablement de larges vaisseaux.

(1) *Med. chir. Trans.*, vol. XLIV, p. 73.
(2) M'Clintock, *Clinical Memoirs on diseases of women*, p. 185.
(3) Langenbeck, *Deutsche Klinik*, 6 avril 1850.
(4) Jo. Fried. Osiander, *Ueber die Extirpation welcher polypœser Excrescenzer aus der Hœhle der Gebærmutter* (*Hamburger Zeitschr. für gesc. Medizin*, 1838, t. VIII).
(5) Hervez de Chégoin, *Recherches sur la disposition anatomique des polypes de la matrice* (*Journ. gén. de méd.*, octobre 1827, t. CI, p. 3).
(6) A. E. von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol, I, p. 710.
(7) C. G. Mayer, *De polypis uteri*. Berlin, 1821.
(8) Max. Langenbeck, *De totius uteri extirpatione*, diss. inaug. Gottingæ, 1842.
(9) Brown, *Dublin Journal*, janvier 1837, p. 360.

En toute autre circonstance, ils préfèrent l'excision à cause des difficultés que l'on éprouve à appliquer une ligature, et aussi parce qu'une fois l'opération faite, les symptômes sont plus graves après la ligature qu'après l'excision. Ils opèrent avec des ciseaux en pinces à pointes arrondies, recourbés sur leurs lames et leurs manches en forme d'S romain, et ayant une longueur de 9 à 10 pouces et demi (fig. 108). La section

Fig. 108. — Pince à polypes de Siebold.

du col ne doit pas être faite en une seule fois, mais par une incision faite à petits coups. Mayer rapporte six cas de polypes utérins qui furent ainsi enlevés avec succès par Siebold et lui ; il cite, comme devant nécessiter l'excision plutôt que la ligature, les circonstances suivantes :

« 1° Quand le polype est sorti de l'utérus, ou quand il peut être amené au dehors avec des pinces, ou bien encore quand il est fixé sur l'orifice ou sur le col ; il faut encore que le pédicule soit mince et sans apparence de vascularité ;

« 2° Quand la ligature est appliquée depuis un certain temps et que le polype est suffisamment à la portée, on peut l'exciser au-dessous de la ligature ;

« 3° Quand le pédicule du polype ne s'isole pas, une fois l'application de la ligature faite ;

« 4° Quand le polype a amené une inversion de l'utérus. »

Dupuytren, dans le cours de sa pratique, a enlevé deux cents polypes et n'a vu que deux hémorrhagies. Velpeau (1) dit n'avoir jamais rencontré d'hémorrhagies. [A. Bérard (2) a cité un exemple dans lequel les incisions du col étaient cicatrisées le douzième jour.] Arnott et Brodie (3) ont été également heureux. Plusieurs des plus éminents chirurgiens de Dublin ont pratiqué l'excision ; moi-même, je l'ai faite dans beaucoup de cas et toujours avec un succès complet. Cependant l'hémorrhagie peut prendre des proportions alarmantes. Monfalcon en a cité plusieurs cas (4) en pareille circonstance.

L'hémorrhagie est la seule objection que je sache à faire à l'excision. Ainsi que nous l'avons dit, elle est fort peu à craindre avec les polypes

(1) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. IV.
(2) A. Bérard, *Bulletins de l'Académie de médecine*. Paris, 1841-1842, t. VII, p. 44.
(3) Arnott et Brodie, *British and foreign Review*, juillet 1837, p. 183.
(4) Monfalcon, *Dictionnaire des sciences médicales*, art. Polype. Paris, 1820, t. XLIV, p. 245.

volumineux, les pédicules ne renfermant que très-rarement des vaisseaux d'un certain calibre. Sans aucun doute, si l'on perçoit des pulsations, il sera plus sage d'avoir recours à la ligature, ou tout au moins de combiner les deux procédés, c'est-à-dire de lier le pédicule, et, après douze ou vingt-quatre heures, d'exciser le polype au-dessous de la ligature, qu'on laissera par précaution pendant plusieurs jours. Il y a d'autres circonstances dans lesquelles l'excision serait impossible ou très-hasardée; ainsi, par exemple, quand le polype vient seulement de passer à travers l'orifice utérin, si l'on a quelques doutes, il faut employer la ligature.

Le procédé opératoire est très-simple. La malade est placée sur le dos ou sur le côté, on saisit le polype avec les doigts, avec un crochet ou avec de petites pinces, et on l'attire au dehors. Quelquefois, bien que rarement, la tumeur descend d'elle-même. Quand elle est hors de la vulve, l'opérateur la saisit et en coupe d'un seul coup la racine tout près des grandes lèvres, soit avec un bistouri, soit avec des ciseaux; je préfère le bistouri quand le polype est ainsi externe.

Simpson a inventé un instrument spécial qu'il appelle *polypotome*

Fig. 109. — Polypotome de Simpson.

(fig. 109). On peut facilement le glisser autour du col de la tumeur, et l'on ne court aucun risque de blesser les parties voisines (1).

Il suffit de tirer légèrement la tumeur, soit avec le doigt, soit avec une pince de Museux. Une fois le crochet passé autour du pédicule, en faisant mouvoir un bouton placé dans le manche de l'instrument, on fait saillir une lame tranchante qui se trouve renfermée dans la courbure du crochet, et on opère peu à peu la section.

[Le polypotome de Simpson, suivant l'auteur, est surtout applicable dans les cas de polypes très-volumineux. On peut toujours, avec le doigt, porter un instrument fixe jusque sur le pédicule d'une tumeur, et l'on ne peut pas toujours porter une ligature. Dans un cas, entre autres, le polype représenté dans la figure 110, diminué des deux tiers, remplissait tellement le vagin qu'il semblait moulé sur ce canal. Le polype, qui était très-allongé, n'avait certainement pris cette forme que depuis qu'il était tombé dans le vagin. On put facilement saisir et couper le pédicule avec le polypotome, et il aurait été certainement très-difficile de passer une ligature.]

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, janv. 1850. — *Obstetric works*, vol. I, p. 150.

Cependant, quand l'utérus est très-haut, on ne peut amener la tumeur en dehors de l'orifice vaginal, et il faut se contenter de porter jusque sur le pédicule des ciseaux arrondis que l'on conduit avec un ou plusieurs doigts et de placer le polype entre les lames de manière à le couper en travers. En pareil cas, le spéculum rend quelquefois de grands services, il sera surtout utile avec des ciseaux courbés à leur extrémité. Une fois l'opération faite, s'il y a lieu de craindre une hémorrhagie, on fait dans le vagin une injection astringente ou l'on introduit un tampon de charpie. Bien entendu la malade doit garder le repos pendant plusieurs jours.

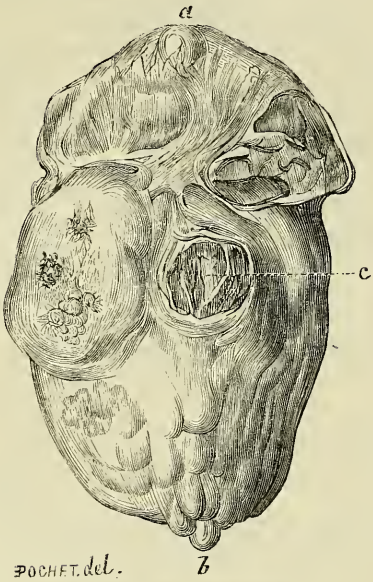


Fig. 110. — Polype de l'utérus (*).

[Pour les petits polypes placés à l'entrée du col et dont on peut sentir nettement le pédicule, Mikschik (1) a proposé l'instrument (fig. 111). Nous en parlons surtout pour mémoire, mais les cas où on devra faire usage de cet instrument sont rares.]

Toutes les fois qu'on pourra faire usage de l'écraseur, il y a un grand avantage à le faire, parce qu'on prévient ainsi les chances d'hémorrhagie. On pourra employer, soit l'instrument de Chassaignac (2) (fig. 112), soit celui de Maisonneuve, avec la chaîne ou bien le fil de fer tortillé ou un simple fil métallique. J'ai fait usage de tous ces divers instruments avec succès.

Braxton Hicks a fait subir à l'écraseur quelques modifications : il remplace la chaîne par un fil métallique enroulé. Ce changement peut être bon, il a été très-préconisé par Oldham (3).

O'Grady (de Malahide) a essayé des pinces dont les extrémités ressemblent à une plume d'oie divisée en deux parties égales. Quand elles sont rapprochées, elles forment une sorte de cylindre court, à l'intérieur duquel on peut placer une petite quantité de caustique. Les bords de chaque

(1) Mikschik, *Instrument zur Excision grosser fibröser Polypen des Uterus* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1854, n° 37).
(2) Chassaignac, *Traité de l'écrasement linéaire*. Paris, 1856.
(3) Oldham, *Trans. of London obstetrical Society*, vol. III, p. 346.

(*) *a*, partie supérieure; *b*, partie inférieure; *c*, place et épaisseur du pédicule. (Simpson, fig. 12.)

demi-cylindre sont tranchants, en sorte qu'une fois l'instrument appliqué sur le pédicule du polype, on a les efforts combinés de pression et de cautérisation, sous l'influence desquels la vitalité est rapidement détruite (1).

Pour enlever les polypes intra-utérins, après avoir dilaté suffisamment l'orifice, Simpson a eu recours à un instrument (une sorte de forceps très-puissant ou de lithotriteur) avec lequel il écrase et broie la tumeur. [C'est dans le même but que Nélaton a fait construire une pince emporte pièce (fig. 113).] D'autres fois Simpson a divisé le pédicule avec un fil d'argent

Fig. 111. — Instrument de Miskschik pour l'excision des polypes utérins.

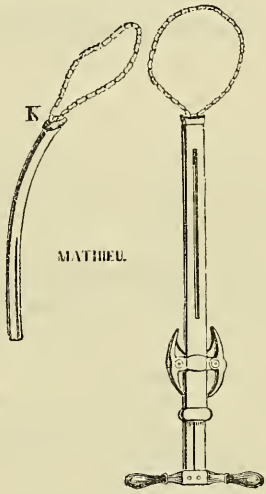


Fig. 112. — Écraseur linéaire de M. Chassaignac (*).

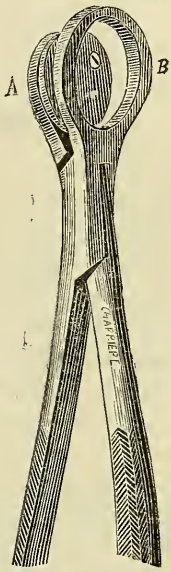


Fig. 113. — Pince emporte-pièce de M. Nélaton.

ou une ligature agissant d'après le principe de la scie à chaîne ; d'autres fois encore il les a enlevés avec des ciseaux arrondis et très-recourbés. Dans les cas de petits polypes vésiculaires du col, il pense que non-seulement il vaut mieux les enlever avec l'ongle, avec des pinces ou des ciseaux, mais encore que, pour compléter la guérison, il faut faire usage de caustiques, et il recommande surtout la potasse, dont l'action peut être modérée par l'acide acétique. Pour fixer ou amener au dehors un large polype, je ne connais pas de meilleur instrument que l'espèce de tire-bouchon qui a été inventé par M' Clintock (fig. 114) (2).

(1) O'Grady, *Dublin medical Press*, 20 août 1851.
(2) [Encore faudra-t-il que le tissu du polype offre une consistance suffisante !]

(*) K, écraseur courbe.

En somme, il est à propos de récapituler les avantages de chaque méthode :

Par la *ligature*, dit-on : 1° on évite le danger des hémorrhagies ; 2° on détruit les polypes plus efficacement.

Par l'*incision* : 1° on évite cet ennuyeux procédé de séparation du polype par mortification ; 2° il y a moins de chance d'inflammation générale

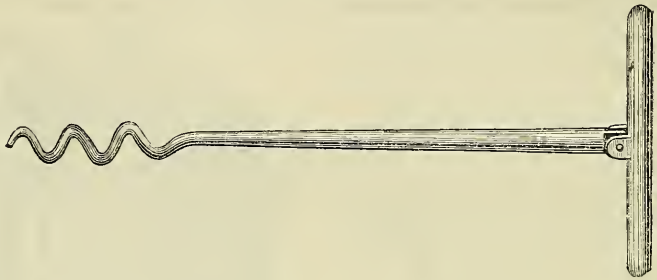


Fig. 114. — Instrument de M' Clintock pour l'extration des polypes.

ou locale ; 3° le danger de l'hémorrhagie est faible, et, y en eût-il, on arrêtera le sang avec des astringents, le tamponnement ou le cautère actuel.

Dans quelques-uns des cas que j'ai mentionnés, il sera nécessaire de modifier le traitement ainsi que je l'ai dit.

Si, après l'accouchement, on peut s'assurer que l'hémorrhagie tient à la présence d'un polype dans l'utérus, ce qu'il y a de mieux à faire est de porter la main dans cet organe et d'enlever la tumeur par torsion. A en juger par sa structure cellulaire, cette opération eût été facile à pratiquer dans le cas qui s'est présenté à moi. Si le polype a entraîné l'utérus, il peut être nécessaire, une fois la tumeur enlevée, de maintenir l'organe en place avec un pessaire. A tout événement, il faut faire fréquemment usage d'injections astringentes. Mais si l'utérus est tombé en inversion par suite du poids du polype, comme il y a peu d'espérance de réduire cette inversion et qu'elle est en elle-même une maladie sérieuse, il peut être à propos d'enlever le tout. Le polype serait d'abord séparé, puis une ligature appliquée autour du col de l'utérus, et l'on attendra ensuite la mortification, ou bien l'on ampute immédiatement au-dessous de la ligature.

Une fois le polype enlevé, l'écoulement muqueux cesse aussi bien que l'hémorrhagie, et si, comme il arrive dans la plupart des cas, l'hémorrhagie n'a pas été trop abondante, la malade recouvre promptement la santé. Il sera nécessaire de surveiller l'érosion qui existe en général et de toucher les parties avec un caustique. Je crois avoir hâté la chute des débris du pédicule et favorisé la guérison complète par les mêmes procédés, ce sera le devoir du praticien de s'occuper ensuite avec grand soin des accidents secondaires qui ont pu être produits par l'hémorrhagie. Il faut sou-

tenir les forces générales avec du bouillon, des gelées, ou par une nourriture animale qui puisse être supportée par l'estomac; on devra faire prendre aussi du vin et quelques toniques végétaux et minéraux. S'il y a de la diarrhée, comme cela est très-fréquent, on administrera un mélange de poudre de craie avec du kino et du cachou, ou bien l'on donnera de l'opium seul. Après quelques semaines, un exercice modéré, au grand air et en voiture, sera très-avantageux.

CHAPITRE XVIII

CANCER DE L'UTÉRUS (1)

Le cancer utérin est la maladie la plus terrible et la plus constamment fatale qui puisse atteindre l'utérus : c'est l'affection dont on peut le moins enrayer les progrès et dans laquelle le traitement est le plus inefficace. C'est en même temps une maladie très-fréquente, et, comme elle est toujours fatale, on a eu des occasions très-nombreuses d'en étudier l'anatomie pathologique. Si l'on compare cependant les écrits des divers auteurs, on trouve une divergence d'opinions constante et de continuelles controverses.

§ I. — Définition.

Le sens du mot *cancer* est d'ailleurs tellement vague pour beaucoup de médecins, que, leurs descriptions en main, on ne peut toujours reconnaître la maladie.

(1) BIBLIOGRAPHIE : Bayle et Cayol, *Dict. des sciences médicales*, art. CANCER. Paris, 1812, t. III — E. G. Patrix, *Traité sur le cancer de la matrice*. Paris, 1820. — Ashwell, *Treatise on the diseases of women*. London, 1828 ; 3e édition, 1848. — Maurice Treille, *Considérations et observations sur le cancer* (*Annales physiologiques*, tome I, janv. 1822) ; *Mémoire sur les maladies dites cancéreuses de la matrice*. Paris, 1838, in-8. — J. A. Récamier, *Recherches sur le traitement du cancer*. Paris, 1829. —W. F. Montgomery, *Cases of cancer uteri with observations* (*Dublin Hospital reports*. 1830, t. V, p. 412 ; *sur la première période du cancer de l'utérus* [*Dublin Journal of medical Sciences*, janvier, 1842, t. V., p. 412 et *Arch. gén.*, 3e série, t. XIII, p. 487 ; *Dublin med Press*, 1858]). — Clarke, *Diseases of females*, 1831, t, I, p. 207. — Carswell, *The cyclopedia of pract. med.*, art. SCHIRRUS, 1834.—Boivin et Dugès. *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1832, t. II, p. 9. — Copland, *Dict. of pract. medicine*, art. CANCER, p. 282. — Bayle, *Traité des maladies cancéreuses*. Paris, 1834. — P. J. S Teallier, *Du cancer de la matrice, de ses causes, de son diagnostic et de son traitement*. Paris, 1836.— Colombat, *Maladies des femmes*. Paris, 1839, t. II. — W. H Washe, *The nature and treatment of cancer*. London, 1846. — Kiwisch, *Krankheiten der Gebærmutter*. Prag, 1847. — John Hughes Bennett, *On cancerous and cancroid Growths*. Edinburgh, 1849. — Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris, 1851. — Robert Lee, *Cyclop. of pract. med.*, t. IV, p. 395. — Paget, *Lectures on tumours*, 1842. — C. Mayer, *Fælle von Krebskrebs der Gebærmutter und der Scheide* (*Verhdl. der Gesc. für Gebtsk.*, t. IV, p. 111).—Discussion sur le diagnostic et la curabilité du cancer, discours de MM. Velpeau, A. Robert, Malgaigne, Bouillaud, Delafond, Barth, Leblanc, Larrey, etc. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854-55, t. XX, *passim*).

Denman a fait ressortir avec raison l'incertitude des descriptions sur ce sujet : « Il est fort à regretter, dit-il, que l'on n'ait aujourd'hui ni une définition passable, ni une histoire exacte de cette maladie, non plus qu'une distinction tranchée des diverses espèces de cancers qui sont connus comme existants. On ne sait pas encore si le cancer emprunte à l'organe où il se développe une structure spéciale, et, en réalité, la seule chose qu'on sache bien, c'est que le cancer est une maladie incurable (1). »

Il faut dire cependant que, depuis Denman, la question a été singulièrement élucidée et l'étude des formes élémentaires de la maladie et de ses diverses transformations pathologiques a été faite avec le plus grand soin.

Copland a défini le cancer : « un maladie qui se développe vers le milieu ou à une période avancée de la vie, très-souvent par suite d'une influence héréditaire; elle débute par un point d'induration locale, qui se ramollit ensuite à son centre, infecte les parties environnantes et finalement empoisonne toute l'économie. » Cette définition est, à mon sens, la meilleure que je connaisse, et elle s'applique on ne peut mieux au cancer de l'utérus.

Sir C. Clarke dit que « par cancer on entendcette maladie caractérisée par une tumeur ou un épaississement du col de l'utérus, lesquels (épaississement ou tumeur) ont une prédisposition à s'ulcérer. »

Carswell fait remarquer l'impossibilité de donner une définition précise de la maladie : « On peut dire qu'elle consiste dans la formation et le dépôt d'une substance spéciale, qui varie comme forme, comme consistance et comme couleur; souvent elle se présente sous divers aspects et possède une organisation vasculaire toute spéciale; elle transforme ou détruit même complétement les tissus au milieu desquels elle prend naissance; elle affecte successivement ou simultanément un plus ou moins grand nombre d'organes et a une tendance remarquable à se reproduire. »

[[Sous le nom de *cancer de l'utérus*, on doit comprendre aujourd'hui avec M. Courty et la plupart des auteurs, qui ont écrit récemment sur ce sujet, « toute maladie caractérisée par la double tendance, 1° à détruire le tissu de l'organe; 2° à se reproduire sur place ou à s'étendre aux organes voisins, avec plus ou moins de rapidité, quelles que soient d'ailleurs les affections qui président au développement de cette maladie ou les formes anatomiques qui la représentent (2). »]]

Broussais (3) et ses adhérents, parmi lesquels il faut citer Bouillaud (4) et Maurice Treille, ont naturellement fait de cette maladie une inflammation chronique. Andral (5) et Copland regardent le cancer comme le ré-

(1) Denman, *Midwifery*, p. 116.
(2) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1872, 2e édition, p. 993.
(3) Broussais, *Examen des doctrines médicales*. Paris, 1834, t. V, p. 25.
(4) Bouillaud, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. Cancer. Paris, 1830, t. IV.
(5) Andral, *Précis d'Anatomie pathologique*. Paris, 1829, t. I, p. 501. — *Clinique médicale*, t. V.

sultat d'une altération de nutrition et de sécrétion dont l'ulcération est la terminaison.

Samuel Cooper le considère comme une affection constitutionnelle tout à fait indépendante de la circulation locale.

Carswell pense : « que la matière du squirrhe existe non-seulement dans la matière moléculaire et à la surface libre des organes, mais dans le sang des sujets. » Il observe plus loin : « Nous ne pouvons donc pas limiter le siége de la maladie à aucun organe ni en rapporter l'origine à aucune modification dans la structure non plus qu'à une organisation spéciale, comme l'ont fait plusieurs pathologistes. »

Hodgkin s'est efforcé de prouver que, pour qu'un cancer se développe, il faut qu'il y ait une membrane séreuse pour tapisser les parties. Carswell n'admet pas que cette condition soit indispensable ; il reconnaît seulement qu'il en est souvent ainsi.

Cruveilhier (1) considère toute transformation ou toute dégénérescence organique comme étant toujours le résultat d'un dépôt morbide dans les éléments cellulaires des organes. Il pense que les tissus propres des organes sont incapables de subir aucune autre lésion organique que l'hypertrophie et l'atrophie.

Quant au mode suivant lequel ces productions morbides se déposent dans les organes, sir Clarke décrit deux variétés : il y a d'abord une tumeur ferme, de forme arrondie, qui prend naissance dans le col de l'utérus et s'y fixe ; pendant que les autres portions de l'organe restent parfaitement saines. A mesure que la maladie fait des progrès, les parois utérines s'épaississent et la cavité devient plus large qu'on ne le voit sur un utérus sain, hors l'état de grossesse.

Si, au lieu d'une tumeur distincte, tout le col devient plus large et plus dur, et si, après la mort, on examine cette partie qui s'est épaissie, on y retrouve tous les caractères des tissus carcinomateux.

Hecht (de Strasbourg) a analysé 3 grammes 60 centigrammes du tissu squirrheux, et il l'a trouvé composé de 75 centigrammes de gélatine, 50 centigrammes de fibrine, 50 d'huile et de matières grasses et de 175 d'eau et de matières inertes (2).

On devait s'attendre naturellement à ce que les recherches microscopiques viendraient jeter une vive lumière sur la question du cancer, et, sans aucun doute, il en sera ainsi plus tard, mais jusqu'ici il n'y a que des divergences d'opinions à constater. H. Lebert est d'avis que l'on peut reconnaître au microscope les tissus cancéreux qui sont caractérisés, dit-il, par une cellule spéciale, par des noyaux et des nucléoles. La cellule cancéreuse type est une petite sphère régulière, avec un noyau elliptique excen-

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain.* Paris, 1830. — *Traité d'anatomie pathologique.* Paris, 1864, t. V.

(2) Comparez, sur l'analyse du squirrhe, Foy, *Archives gén. de méd.*, 1828, t. XVII.

trique, occupant la moitié au plus de l'intérieur de la cellule et renfermant un ou plusieurs nucléoles. La forme des parois de la cellule varie beaucoup, elle peut être ovale, allongée, triangulaire, à angles aigus ou obtus, fusiforme ou pointue à ses deux extrémités. Lebert considère le cancer comme une substitution et non comme une transformation de tissus, et il a admis plusieurs variétés de cancers : l'encéphaloïde, le squirrheux, le gélatiniforme ou colloïde, l'hématode ou vasculaire et le mélanique. Les deux premières variétés sont les plus communes pour l'utérus.

[D'un autre côté, H. Lebert lui-même, qui a affirmé et défendu la spécificité de la cellule cancéreuse, est amené par les faits à dire que *la multiformité des cellules constitue leur caractère essentiel*, et qu'enfin il peut y avoir des cellules sans paroi cellulaire, et dont les noyaux ne contiennent qu'*exceptionnellement* des nucléoles caractéristiques (cancer nucléaire).]

Jones et Sieveking (1) ne sont pas du même avis que Lebert, quant aux caractères distinctifs de la cellule cancéreuse. Ils admettent que, comme structure, la cellule cancéreuse est formée par un blastème ou substance basique dont le développement fibrillaire est plus ou moins avancé et dans laquelle on trouve diverses formes de cellules.

[[En France et en Allemagne, un grand nombre de micrographes n'ont pas accepté la doctrine de Lebert, parmi eux nous devons citer Robin (2), Cornil (3), et Virchow (4).

Virchow pense que toutes les tumeurs cancéreuses sans exception, peuvent se rattacher au moins par la nature de leurs éléments aux types qu'on rencontre normalement dans l'organisme, et que les cellules cancéreuses n'ont rien de spécifique. Pour Virchow, la tumeur cancéreuse, que l'on ait affaire à un squirrhe ou à un encéphaloïde, est formée d'un tissu dans lequel se rencontre une trame de tissu conjonctif de nouvelle formation, circonscrivant des alvéoles, qui contiennent un suc crémeux, tenant en suspension des cellules, qui se rattachent au type épithélial.

Quant au cancroïde, il diffère, suivant lui, du carcinome par l'absence de la trame de nouvelle formation, et en ce que les cellules sont infiltrées dans les tissus de la partie malade.

M. Robin reconnaît comme Virchow la nature épithéliale des éléments qu'on a appelés cellules cancéreuses, et, prenant pour base unique de sa classification ce caractère anatomique, il n'établit pas de distinction entre le cancroïde et le carcinome, et il englobe, dans une même étude, l'encéphaloïde, le squirrhe, le cancroïde, qu'il décrit sous le nom collectif d'épithéliome.

MM. Cornil et Ranvier (4) établissent une distinction tranchée entre le

(1) Jones et Sieveking, *Pathological anatomy*, p. 184.
(2) Robin, *Dictionnaire de méd.* XIIIe édition. Paris, 1873.
(3) Cornil, *Du cancer* (*mémoire de l'Académie de médecine*. Paris, 1865-66, p. 301).
(4) Virchow, *Pathologie cellulaire*. Paris, 1858.
(5) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*. Paris, 1869.

carcinome, qui comprend le squirrhe et l'encéphaloïde, et l'épithéliome.

Si cette distinction peut être faite au point de vue anatomique, il ne saurait en être de même au point de vue clinique, et l'on doit comprendre, sous le nom de cancer, non-seulement le carcinome représenté par le squirrhe, l'encéphaloïde, le colloïde, mais aussi le cancroïde.

On doit aujourd'hui diviser le cancer de l'utérus, en *cancer vrai*, qui comprend le squirrhe, l'encéphaloïde, le cancer colloïde, et en *cancroïde*, qui comprend le cancroïde végétant et le cancroïde ulcéreux ou ulcère rongeant.]]

ARTICLE PREMIER

CANCER VRAI

[[Le cancer vrai que nous décrirons tout d'abord comprend trois variétés principales : 1° le squirrhe ; 2° l'encéphaloïde ; 3° le colloïde.]]

§ I. — Fréquence.

Cette affection est très-fréquente (1), on en a cependant exagéré la fréquence, et souvent on se hâte trop de regarder comme cancéreuses des ulcérations ou des indurations.

Age. — Le cancer attaque rarement les jeunes femmes, il y en a cependant des exemples. Il est plus commun vers l'âge critique, soit avant, soit aussitôt après la suppression des règles.

Dionis (2) rapporte que sur 20 cas observés par lui, il y en avait 15 entre quarante et quarante-cinq ans.

Sur 409 cas de cancer de l'utérus qui ont été réunis par Boivin et Dugès, il y en avait :

Au-dessous de 20 ans	12 cas.	De 45 à 50 ans	95 cas.
De 20 à 30	83	De 50 à 60	7
De 30 à 40	102	De 60 à 71	4
De 40 à 45	105		

(1) M. S. Tanchou, *Recherches statistiques sur les maladies des femmes* in *Journal des connaissances médicales*, novembre 1836, n° 2), a publié les résultats de ses recherches sur la fréquence du cancer. Les sources auxquelles il a puisé sont les registres mortuaires de Paris et de la banlieue, et il trouve que, en 1831, il y a eu 351 cas de mort par maladies des organes génitaux, dont 183 cas de cancer de l'utérus.

En 1831	379 morts par	même cause,	246 par	cancer.
1832	396	—	230	—
1833	498	—	250	—
1834	436	—	304	—
1835	508	—	285	—

(2) Dionis, *Cours d'opérations de chirurgie*. Paris, 1782.

[Selon J. C. Lever (1), le maximum de fréquence serait d'abord de 40 à 50 ans, puis de 50 à 60, puis de 30 à 40, puis de 25 à 30, puis de 60 à 70.]

Carmichael (2) cite l'exemple d'une jeune fille qui mourut d'un cancer utérin à vingt et un ans.

Wigand a rencontré un squirrhe de l'utérus chez une jeune fille de quatorze ans. J'ai vu moi-même un cas de mort par un cancer utérin chez une jeune femme qui n'avait pas vingt-cinq ans.

Lebert a indiqué les âges des malades dans 50 cas différents :

5 malades avaient	de 25 à 30 ans.	3 malades avaient	de 50 à 55 ans.
5	de 30 a 35	5	de 55 à 60
9	de 35 à 40	3	de 60 à 65
8	de 40 à 45	3	de 65 à 70
8	de 45 à 50	1	de 70 à 80

Grossesse. — On a dit que les filles vierges ou les femmes qui n'avaient pas eu d'enfants étaient plus exposées que les autres au cancer de la matrice. Ce fait paraît douteux ; il n'est pas du moins en accord avec les recherches de Lebert (3).

Sur 37 femmes, 3 n'avaient pas eu d'enfants.

5 en avaient eu.....	1	1 en avait eu.....	7
7	2	1	8
4	3	1	9
4	4	1	11
2	5	1	13
4	6		

Tempérament. — Les femmes lymphatiques semblent plus exposées que les autres. Sur 44 malades atteintes de cancer, Breschet et Ferrus (4) ont constaté 33 fois la coïncidence d'une constitution lymphatique.

§ II. — Causes.

On ne peut mettre en doute que la maladie ne soit héréditaire. Sans cesse on voit des exemples de mères et de filles qui succombent à des lésions

(1) Lever, *Statistical Notices of one hundred and twenty cases of carcinoma uteri* (*Medico-chir. Transactions*, London, 1839, t. XII, ou 2e série, t. IV, p. 267, et *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1840, 3e série, t. VII, p. 244).

(2) Carmichael, *Essay on the origin and nature of tubercular and cancerous diseases*.

(3) Comparez Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels*. Paris, 1858, p. 245. — West, *Lect. on the Diseases of women*, 2e édition, p. 370. — Sibley, *Med. chir. Trans.*, t. XLIII. — T. H. Tanner, *A Clinical Report on cancer of the female sexual organs*. London, 1863.

(4) Breschet et Ferrus, *Dictionnaire de médecine en 21 volumes*, art. CANCER.

semblables (1). Cependant, tout en acceptant la transmission évidente de la diathèse cancéreuse, on ne peut prévoir quel sera l'organe frappé.

Il est encore très-sûr que les cancers se développent beaucoup plus souvent à l'époque de la ménopause qu'à tout autre moment; les modifications anatomiques aussi bien que la facilité aux hémorrhagies qui se produisent alors, sont des conditions évidemment favorables au développement du cancer.

Les inquiétudes, les passions déprimantes, la mauvaise nourriture, l'épuisement par excès de travail, l'habitation dans des lieux malsains, tout cela rentre encore dans les causes prédisposantes. Leake (2) a mentionné les violences extérieures comme pouvant donner lieu au cancer, mais cette assertion est douteuse. Les violences exercées sur l'utérus même ont été signalées comme cause productrice, et cela avec beaucoup plus de probabilités. Mais encore, contre cette donnée, il y a un fait sans réplique, c'est que la maladie attaque les vierges et les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et qu'elle se rencontre aussi bien à un âge où ces organes ont ordinairement cessé d'être exposés à aucune violence. Quelques auteurs français ont pensé que la maladie pouvait bien avoir sa source dans un principe syphilitique constitutionnel. [C'est l'opinion de Lisfranc (3), de Boivin et Dugès]. Mais ce fait n'est pas du tout établi. [Parent-Duchatelet (4) et Vidal (de Cassis), prétendent n'avoir jamais pu trouver un rapport même éloigné, entre le cancer et la syphilis.]

§ III. — Anatomie pathologique.

[[Le cancer vrai est une tumeur formée par une trame de tissu conjonctif, circonscrivant des alvéoles plus ou moins remplies de cellules, qui se présentent avec des formes variées. L'abondance du tissu conjonctif varie considérablement; d'où l'aspect différent des diverses tumeurs cancéreuses. Quand le tissu conjonctif est abondant et que les cellules sont en petit nombre, le tissu est dur, criant sous le scalpel, mat ou grisâtre ; il porte le nom de *squirrhe*. Quand au contraire les cellules sont nombreuses, les vaisseaux plus développés, et le tissu cellulaire moins abondant, la tumeur, qui prend le nom d'*encéphaloïde*, est de couleur blanchâtre ou de rosée, de consistance caséeuse, et ressemble à la substance cérébrale.

Telles sont les deux formes qui se rencontrent le plus communément ;

(1) Voyez Portal, *Considérations sur la nature des maladies de famille*. Paris, 1814, p. 90. — Rouzet, *Recherches et observations sur le cancer*. Paris, 1818, p. 312. — Lisfranc, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, février 1834, t. V, p. 86. — Lafond, *Thèse*, 1856. — Paget, *On the hereditary transmission of tendencies to cancerous Tumours* (*Medical Times*, 22 août 1857).

(2) Leake, *On Diseases of women*, vol. I, p. 111.

(3) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*, Paris, 1836.

(4) Parent-Duchatelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3e édition. Paris, 1857 t. I, p. 237.

mais quelquefois le tissu s'infiltre d'une matière amorphe, semi-transparente, qui le fait ressembler à une gelée, d'où le nom de cancer colloïde qui est alors donné à la tumeur.

Les caractères précédents sont ceux que l'on rencontre dans une première période de la maladie, ou *période d'induration*, alors que la tumeur n'a pas encore fait de grands progrès et ne s'est point encore ulcérée; mais il est rare qu'on ait l'occasion d'observer cette période; la mort n'arrivant en général que plus tard, quand la tumeur s'est ramollie et ulcérée et quand les tissus voisins ont été envahis et plus ou moins détruits.

Dans cette seconde période de la maladie que l'on pourrait appeler *période d'ulcération*, la surface de la tumeur est ulcérée, les bords de l'ulcération sont décollés, végétants, irréguliers. Le fond de l'ulcère est fongueux, grisâtre, et constitué par des détritus provenant du tissu dégénéré. Le tissu sous-jacent est mou dans certains points, dur dans d'autres et saigne au moindre contact. A cette période il est difficile de distinguer à

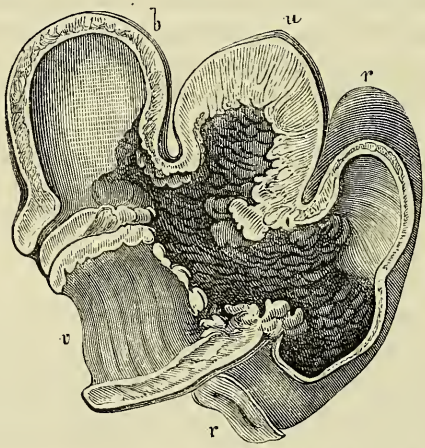


Fig. 115. — Cancer du col étendu à la vessie et au rectum et à la partie supérieure du vagin (*).

quelle variété l'on a affaire, le squirrhe et l'encéphaloïde se confondant alors. C'est dans cette seconde période de la maladie que les tissus voisins sont envahis, tout d'abord les insertions vaginales, puis le tissu cellulaire périutérin sont infiltrés par la matière cancéreuse, plus tard, l'ulcération envahissant toujours, la destruction des parties devient plus considérable. Il n'est pas rare alors de voir la vessie et le rectum participer à la dégénérescence; d'où résulte la perforation de ces cavités et l'écoulement des matières contenues dans ces organes; il se forme alors, dans le petit bassin, un vaste cloaque qui communique d'une part avec l'utérus, et d'autre part avec la vessie et le rectum (fig. 115).

(*) Communication établie par l'ulcération entre le vagin, la vessie et le rectum : *u*, utérus; *v*, vagin *rr*, rectum; *b*. vessie. (Courty.)

La maladie débute ordinairement par le col de l'utérus, mais elle envahit assez rapidement le corps de l'organe, qui est rarement primitivement atteint.

Les ganglions lymphatiques du bassin et ceux de l'aine sont volumineux, durs et infiltrés de matière cancéreuse.]]

§ IV. — Symptômes.

Les symptômes peuvent être divisés en :

1° *Symptômes mécaniques*, c'est-à-dire ceux qui tiennent à la présence même de la tumeur ;

2° *Symptômes physiologiques*, ou ceux qui tiennent à la perturbation des fonctions de l'organe ; et enfin en :

3° *Symptômes pathologiques*, c'est-à-dire ceux qui se rapportent à la structure morbide de la tumeur, à l'action produite par la maladie sur l'organe lui-même et sur les régions voisines.

Les deux premières espèces de symptômes appartiennent à la période d'induration ; les trois espèces de symptômes, mais principalement la troisième, se retrouvent dans la période d'ulcération. Les symptômes mécaniques prédominent aussi longtemps que le cancer forme une tumeur distincte.

Nous étudierons à part les deux périodes de la maladie.

I. *Période d'induration.* — Les symptômes sont au début fort peu accusés et n'entraînent même aucun phénomène pathologique, en sorte qu'assez généralement la maladie est fort avancée avant qu'on en ait découvert la véritable nature. Très-souvent, de l'irrégularité dans la menstruation, une hémorrhagie accidentelle en sont les premières manifestations ; dans beaucoup de cas la menstruation reste régulière, dans d autres elle cesse spontanément. La malade éprouve du malaise, soit qu'elle marche, soit qu'elle reste debout ; elle accuse sur le périnée une sensation de pesanteur, comme si la matrice tendait à tomber en prolapsus. Quelquefois c'est une gêne que l'on éprouve en se couchant d'un côté ou de l'autre. A mesure que la tumeur augmente, les symptômes mécaniques augmentent, en même temps la pesanteur sur le fondement devient insupportable et fait supposer à la malade qu'elle est atteinte d'hémorrhoïdes ; la pression de la matrice sur la vessie donne lieu à des envies continuelles d'uriner, mais rarement à de la dysurie. Souvent il se fait par la vessie un écoulement muqueux. La pesanteur de l'utérus hypertrophié fait que l'organe descend dans le bassin au-dessous du niveau normal ; jusque-là, cependant, il n'y a que peu de douleurs. La malade éprouve bien sans doute de temps en temps quelques douleurs lancinantes dans le bassin ; mais, tant que l'ulcération ne s'est pas produite, ces élancements sont rares. L'écoulement vaginal est à peine augmenté tant que la membrane muqueuse utérine ne participe pas à la maladie, mais plus tard il

survient des pertes qui n'ont rien de commun avec l'écoulement fétide et âcre qui a lieu quand les surfaces sont ulcérées. De temps en temps ces pertes sont mélangées de stries sanguinolentes, et cela dans l'intervalle de deux époques. Si la tuméfaction de l'utérus est très-considérable, les jambes peuvent devenir œdémateuses et la tumeur peut être sentie par l'hypogastre.

A l'examen vaginal, on découvre de suite à quelle période on en est de

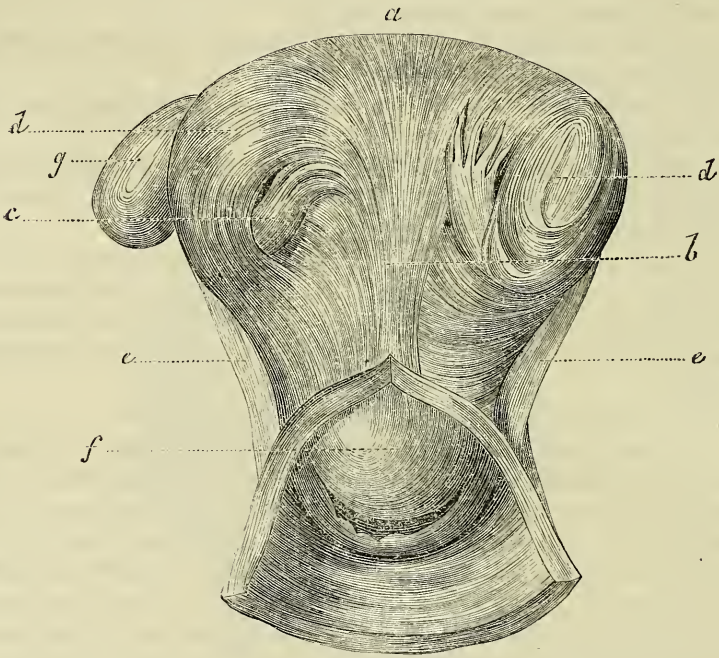


Fig. 116.— Tuméfaction squirrheuse de la lèvre postérieure du museau de tanche à la suite d'un avortement (*).

la maladie. Le plus ordinairement on trouve l'utérus affecté dans toutes ses parties. Le col et tout ce que l'on peut sentir du corps est tuméfié et induré; les bords du museau de tanche, au lieu d'être souples, présentent une, deux ou trois encoches profondes, sans ulcération à la surface (fig. 116). L'orifice utérin est plus entr'ouvert que de coutume, mais les lèvres sont rigides et, vers la fin de la première période, le col devient douloureux au toucher; c'est à cette époque que l'on voit la maladie s'étendre à tous les organes pelviens. Jusqu'alors, la lésion est encore limitée à l'utérus qui, par conséquent, est aussi mobile que son volume peut le per-

(*) *a*, fond de l'utérus; *b*, disposition palmée des fibres utérines pendant la grossesse; *c*, trompes; *d*, ovaires; *f*, lèvre postérieure; *g*, tumeur hydatiforme. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXIII, fig. 1.)

mettre (fig. 117). A mesure que les dépôts morbides augmentent, cette mobilité va en diminuant et jusqu'à la seconde période pendant laquelle l'utérus devient tout à fait fixe (fig. 118). Il faut aussi mentionner qu'au moment où l'ulcération va se produire, l'organe tuméfié se ramollit sur le point qui sera le premier attaqué, et en même temps de la douleur se manifeste dans cette région.

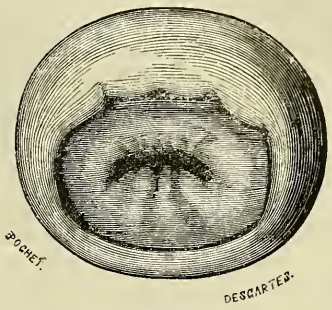


Fig. 117. — Museau de tanche squirrheux (*).

Si l'on fait usage du spéculum, le col apparaît tuméfié, tendu, luisant, quelquefois d'une consistance spongieuse et d'une coloration marbrée rouge ou brunâtre. A la pression, il se produit quelquefois un écoulement de toute la surface de ce col.

A une période avancée, l'estomac ressent des troubles sympathiques; la

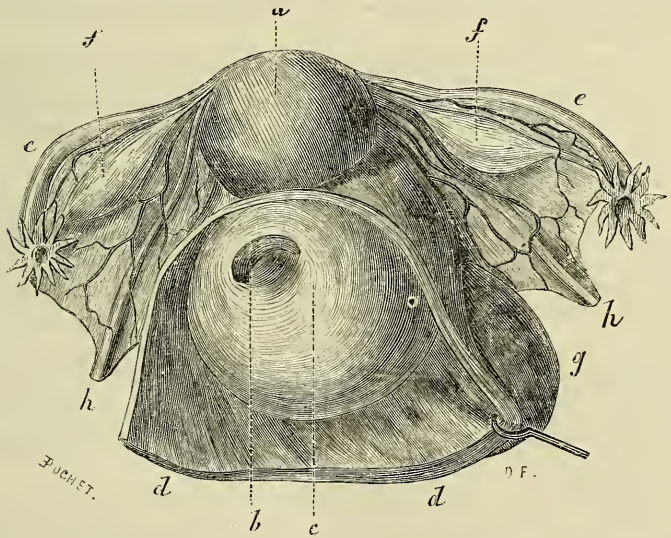


Fig. 118. — Dégénérescence squirrheuse de la lèvre antérieure du museau de tanche. — Hypertrophie énorme. — Utérus vu par la paroi postérieure (**).

malade perd l'appétit et accuse des phénomènes dyspeptiques et cardialgiques. Un autre symptôme très-ordinaire est une éruption cutanée qui est

(*) Orifice largement ouvert, bords minces, durs, découpés. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXIII, fig. 2.)
(**) *a*, corps de l'utérus très-hypertrophié; *b*, lèvre postérieure; *c*, lèvre antérieure; *d*, vagin très-développé; *e*,*e*, trompes de Fallope; *f*,*f*, ovaires; *g*, portion de la vessie; *hh*, ligament rond. (Boivin et Dugès, pl. XXI.)

excessivement désagréable : généralement c'est de l'urticaire. Sir Clarke l'attribue à la présence d'un acide dans l'estomac.

Il est fort remarquable qu'une maladie aussi grave n'empêche pas absolument la conception. Les auteurs ont cité un certain nombre de femmes qui devinrent enceintes avec un squirrhe de l'utérus (1). Les unes accouchèrent naturellement, pour les autres, il fallut appliquer le forceps ou faire la version. Des 7 femmes citées par madame La Chapelle, 4 se rétablirent. Oldham a rapporté 5 cas dans lesquels il y avait coïncidence de grossesse et de cancer, mais la grossesse avait-elle précédé l'ulcération, c'est ce que l'on ne sait pas. Une des femmes mourut par suite de la rupture de l'utérus ; pour la deuxième, il fallut pratiquer la craniotomie ; et la troisième mourut d'épuisement six semaines après être accouchée. Dans un quatrième cas, il plaça la malade sous l'influence du chloroforme, au commencement du travail, et comme, à cause du volume de la masse cancéreuse, il était évident que l'enfant ne pourrait sortir par les voies naturelles, le chirurgien pratiqua l'opération césarienne, et sauva l'enfant. Chose bizarre, cette blessure terrible guérit, et la malade se rétablit complétement après l'opération. Une cinquième malade mourut avant d'être accouchée (2).

[[Dans une statistique publiée par M. West, cet auteur a noté que, sur 75 femmes chez qui le cancer du col coïncidait avec une grossesse, 41 ont succombé aussitôt après l'accouchement, et que, sur 72 enfants, 47 sont morts pendant le travail.]

II. *Période d'ulcération.* — Combien de temps la première période peut-elle durer ? c'est ce qu'il est impossible de déterminer. Chez quelques malades, cette période peut durer des années; chez d'autres, elle est beaucoup plus courte. Cette différence tient sans doute à la constitution des malades et à certaines causes qui ont déjà été énumérées. Montgomery et Simpson ont tous les deux rapporté des faits dans lesquels il y avait eu une singulière absence de tout symptôme jusqu'à une période très-avancée de la maladie; mais ces faits sont rares. J'ai vu moi-même une malade qui, depuis le début de la maladie jusqu'à sa mort, n'avait éprouvé aucune douleur (3).

Le changement pathologique qui se produit dans la tumeur au moment de l'ulcération n'a rien de plus remarquable que l'aggravation générale-

(1) Zeppenfeld, *Diss. sistens casum carcinomatis uteri cum graviditate conjuncti.* Berolini, 1828. — J. Siebold, *De scirrho et carcinomate uteri, adjectis tribus totius uteri extirpationis observationibus.* Berolini, 1826. — Madame La Chapelle, *Pratique des accouchements*, vol. III, p. 368-31. — *Lancette française*, décembre 1836. — Lambreis, *American Journ. of Med. science*, vol. V, p. 233.

(2) Oldham, *Guy's Hospital Reports*, vol. VII, part. II, p. 426.

(3) [Montgomery donne comme un signe de cancer utérin au début l'aspect qu'offrent à cette période les glandules (œufs de Naboth). Le produit morbide semble s'y être déposé : il en a augmenté le volume et la consistance ; le col utérin paraît comme incrusté de grains de sable.]

ment observée dans les symptômes. Parmi les accidents nouveaux qui se développent ceux qui méritent d'être étudiés avec le plus de soin sont : la douleur, les hémorrhagies et les écoulements.

1° *Douleur.* — Le caractère spécial de cette douleur, qui est toujours vive, est d'être lancinante comme le serait une douleur produite par des coups de canif. Ce caractère est tellement général que les auteurs l'ont proposé comme signe pathognomonique entre le cancer et l'ulcère rongeant. Il y a des cas, cependant, où cette douleur devient brûlante, d'autres où elle n'est ni lancinante ni même bien accusée, d'autres enfin, où elle manque complétement. Quand elle existe, elle est, en général, constante, et s'aggrave par paroxysmes ; elle débute dans la région de l'utérus, gagne le pubis et les reins, et s'étend jusqu'à l'anus et jusqu'aux cuisses. La douleur autour du rectum est quelquefois si limitée que j'ai vu des malades, à une période avancée du cancer, venir me consulter pour ce qu'elles appelaient des hémorrhoïdes malignes. A mesure que la maladie fait des progrès, cette sensation douloureuse augmente autour du rectum, et quelquefois elle est le symptôme prédominant vers la fin de la vie. En général, la chaleur du lit paraît augmenter l'intensité des douleurs.

J'ai cité des cas dans lesquels la douleur utérine manquait entièrement ; dans d'autres, il n'y a que des douleurs réflexes.

Il arrive aussi assez souvent que les malades s'épuisent par suite du manque de sommeil, ce qui tient à l'existence de douleurs terribles dans les régions hypogastrique ou sacrée ou dans les reins, les fesses, les fosses iliaques, le nerf sciatique ou le long du nerf crural. Ces douleurs sont rarement continues, mais elles reviennent par paroxysmes, une, deux ou trois fois par jour, et durent chaque fois plusieurs heures. Ces douleurs sont quelquefois si aiguës, suivant Bayle et Cayol, qu'on a vu des femmes mourir dans les convulsions ou dans le délire, au milieu d'une fièvre cérébrale (1).

2° *Hémorrhagies.* — Cet accident survient peu de temps après le début de l'ulcération, souvent même il la précède, et c'est le premier phénomène qui fasse naître de l'inquiétude dans l'esprit des malades. Lebert dit que l'hémorrhagie est souvent le premier symptôme du cancer ; 28 fois sur 40, il l'a vue exister dès le début. Souvent on prend ces hémorrhagies pour un retour des règles chez des femmes qui, depuis plusieurs années, n'avaient plus été réglées, et j'ai vu ces cas être traités comme des métrorrhagies ordinaires. Je mentionne ce fait pour démontrer la nécessité absolue de faire un examen vaginal toutes les fois que le sang reparaît ainsi par le vagin, avant d'adopter aucun mode de traitement. La quantité de sang perdu varie beaucoup suivant les personnes, parfois elle est très-considérable. Le nombre des hémorrhagies successives est aussi variable,

(1) Bayle et Cayol, *Dict. des sciences médicales.* Paris, 1812, art. CANCER. — Voyez aussi Boivin et Dugès, *Traité pratique des malad. de l'utérus.* Paris, 1813, t. II, p. 14. Montgomery, *Dublin Hospital Reports*, Janv. 1812, vol. V, case 4.

un fait que j'ai noté presque toujours, c'est que les hémorrhagies abondantes correspondent à une période peu avancée de l'ulcération, et que plus tard, à chaque nouvelle hémorrhagie la quantité de sang diminue et les intervalles augmentent. Après chaque perte de sang, les douleurs sont moins vives pour un moment, et les progrès de l'ulcération paraissent être arrêtés; si quelque amélioration était ainsi apportée à l'état de la malade, elle serait plus que contre-balancée par l'état de faiblesse dans lequel ces hémorrhagies la jettent.

3° *Écoulement.* — Jusqu'au moment où débute l'ulcération, le caractère de l'écoulement ne diffère pas de celui d'une sécrétion vaginale ordinaire; il est seulement plus abondant. Mais, dès que la destruction organique commence, il se produit un changement complet. La sécrétion devient d'une fétidité presque insupportable, au point d'être, pour la malade, la cause d'une gêne extrême. Elle entraîne encore de nouveaux ennuis en privant la malade des soins affectueux qui sont une si grande consolation. La coloration de l'écoulement varie depuis une teinte d'un blanc sale jusqu'à un brun foncé verdâtre ou tout à fait noir. De temps en temps il se mêle à l'écoulement une petite quantité de sang; le plus généralement c'est un liquide épais et sanieux sécrété en grande abondance et qui renferme des flocons de lymphe ou de fibrine coagulée. Cet écoulement est plus ou moins âcre et peut excorier les grandes lèvres, l'orifice du vagin, l'anus même et quelquefois le haut des cuisses. De là des démangeaisons incessantes à la vulve et par suite une aggravation dans la position de la malade. Par suite de la même cause, la vulve devient œdémateuse, se tuméfie ou présente une rougeur érysipélateuse.

Après que la maladie a persisté pendant un temps, des douleurs sympathiques se produisent dans la vessie; les urines laissent déposer un enduit muqueux, il y a de la dysurie, ce qui tient à l'épaississement de l'urèthre et du méat urinaire, la difficulté devient quelquefois si grande qu'il faut recourir au cathétérisme, opération qui exige de la part du médecin une grande délicatesse. A une période plus avancée, l'ulcération gagne soit la vessie, soit le rectum, rarement les deux organes à la fois. Pendant les quelques jours qui précèdent la perforation de la vessie, il se produit une rétention d'urine plus ou moins complète, les uretères se dilatent et à l'autopsie on les trouve minces, distendus et diaphanes. L'urèthre devenu inutile diminue de calibre une fois que la vessie est perforée. La vessie paraît être plus souvent atteinte que le rectum, ce qui tient à ce qu'elle est plus voisine de l'utérus, et à ce qu'il y a moins de tissu cellulaire interposé entre les deux organes. La sortie des matières contenues dans l'un ou l'autre des organes perforés devient pour les parties déjà irritées la source d'une nouvelle irritation, et pour la malade comme pour ceux qui l'entourent, une nouvelle cause de misères. La sortie involontaire de l'urine est peut-être l'accident le plus triste; le liquide coule sans cesse sur les cuisses et les fesses et donne lieu à des excoriations et à des ulcérations

de ces régions. Un singulier changement se produisit chez une de mes malades.

Observation. — Mme A... était atteinte de cette terrible complication ; elle avait été, au début, gravement excoriée, et toute la maison était remplie d'une odeur urineuse insupportable, quand tout à coup, sans cause apparente, les propriétés irritantes et l'odeur de l'urine disparurent, et pour plusieurs mois la malade fut débarrassée de cette double cause d'ennui.

Avant que les parois utérines soient détruites, la malade souffre de grandes douleurs pour aller à la garde-robe; douleurs qui sont en partie dues à la pression exercée par les organes abdominaux sur la tumeur, et en partie aussi à la pression des fèces pendant leur passage à travers le rectum.

Le résultat que l'on obtient par l'examen vaginal varie suivant l'époque à laquelle on le pratique. On trouve une masse dure, irrégulière, immo-

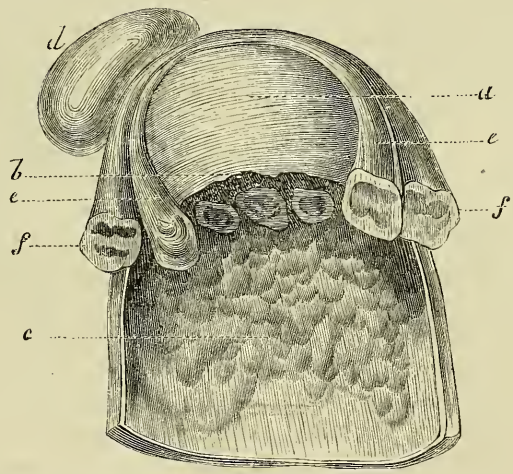


Fig. 119. — Dégénérescence cancéreuse de l'utérus. — Destruction totale du col, d'une portion des trompes et des ovaires (*).

bile au milieu du bassin, et à peu près au centre de cette humeur un orifice qui est l'ouverture de l'utérus. Cet orifice est plus entr'ouvert qu'à l'état normal et ses bords sont durs et épaissis. L'ulcération s'aperçoit facilement, elle peut détruire complétement tout le col (fig. 119), ou bien seulement l'une des lèvres, et en même temps la vessie ou le rectum. La surface ulcérée est rude, inégale, sensible à la pression, et, si on la touche

(*) *a*, corps de l'utérus sans trace de cavité ni d'orifice ; *b*, portion ulcérée ; *c*, concrétions mélangées de gris sale et de jaune à la surface du vagin ; *d*, tumeur graisseuse ; *e*, ligaments des ovaires ulcérés *f*, trompes également ulcérées. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXX, fig. 2.)

avec le doigt, on le retire couvert d'une sanie fétide et souvent teint de sang. Dans quelques cas on trouve une substance fongueuse qui fait saillie par l'orifice utérin au lieu de la dépression ulcérée qui existe ordinairement. Cette substance fongueuse est elle-même dure, inégale; elle a pour point de départ la surface même de l'ulcération, et à son tour elle peut s'ulcérer. L'état du vagin devra être examiné avec soin quant au calibre et à la sensibilité; quand il y a une fistule vésicale donnant issue au liquide à travers le vagin, il se produit, entre l'urine et l'écoulement de l'ulcère, une sorte de réaction chimique; des flocons de lymphe coagulée se forment, lesquels adhèrent aux rugosités de la membrane muqueuse vaginale et deviennent le siége d'un dépôt terreux, provenant de l'urine. La surface du vagin acquiert ainsi une rudesse et une inégalité qui pourraient induire en erreur et faire croire à une ulcération; du reste il est rare que le spéculum puisse être introduit à cause de la douleur extrême que produit en pareil cas cet instrument. Quand il est applicable, il ne fait qu'ajouter une donnée à ce que l'examen digital avait déjà appris; cette donnée, c'est la coloration de la surface ulcérée. Cette surface est d'une coloration grisâtre, parfois d'un brun foncé, ses bords sont inégaux et très-irréguliers.

Jusqu'ici nous n'avons énuméré que les symptômes locaux : nous devons jeter aussi un coup d'œil sur les troubles que subit la constitution. La circulation est précipitée, le pouls est petit, rapide, vibrant, concentré, jusqu'à ce qu'il s'affaisse sous l'influence des hémorrhagies répétées. Dans quelques cas on croirait positivement à une affection du cœur. « Il y a, dit John Leake, une fièvre lente avec sueurs la nuit, diarrhée habituelle, douleur, et manque de sommeil (1). Pendant le jour, la peau est chaude, sèche, ridée, jaunâtre ou d'une teinte plombée. L'émaciation devient considérable, toute trace de graisse disparaît, les muscles s'affaissent, les yeux se creusent, et finalement la malade ressemble à un squelette ambulant. L'aspect général est cependant tout à fait différent de celui des phthisiques. Les malades atteintes de cancer ont une expression amère, ennuyée, qui est tout à fait différente de l'air épuisé des phthisiques. Les traits sont tirés, saillants comme si la peau était collée immédiatement sur les os. La décoloration de la peau s'étend aussi à tous les autres tissus de l'économie; l'estomac se ressent bientôt de la perturbation générale, l'appétit diminue graduellement et finalement disparaît : les fonctions digestives s'accomplissent très-imparfaitement, la malade a des nausées, parfois des vomissements, et quelquefois éprouve dans la région de l'estomac une sensation de brûlure qui s'étend jusqu'aux intestins. La soif est intense, la diarrhée alterne avec la constipation, et il est difficile de dire ce qui cause le plus de douleurs. Les extrémités deviennent œdémateuses, tous les tissus deviennent mous et flasques, il y a de

(1) John Leake, *On diseases of women*, vol. I, p. 114.

la fièvre hectique, en un mot, la malade présente, sur toute la surface du corps, une teinte plombée, ou bien d'un jaune paille couleur de cire, et toutes les fonctions s'affaissent. Cet état cachectique s'augmente avec les progrès de la maladie locale. Une fois le squirrhe ulcéré, il se développe rapidement; enfin, le sang s'appauvrit de plus en plus, s'altère et la cohésion vitale entre les tissus solides et même entre les os diminue (1).

Il y a quelquefois une cause toute spéciale à la constipation, c'est l'hypertrophie des ganglions pelviens, lesquels viennent peser sur le rectum et gêner le passage des matières. Montgomery rapporte un cas semblable et en cite un autre (2), dans lequel la constipation était entretenue par une pression de ce genre, elle persista pendant neuf semaines. Tous les efforts faits pour vaincre cette résistance tels que injections abondantes ou introduction de bougies échouèrent complétement. [Cette constipation opiniâtre, comme le montre l'exemple suivant, peut indiquer l'extension du mal au rectum (fig. 120).] L'abdomen est quelquefois mou et flasque, d'autres fois il est tendu et douloureux. Il est cependant extrêmement rare de rencontrer des cas de péritonite, car, bien que l'ulcération puisse arriver jusqu'à la couche péritonéale, elle perfore rarement cette couche à moins d'être aidée par quelque effort subit. Lee rapporte un cas de mort par péritonite qui fut causé par l'ulcération du péritoine. Il mentionne aussi que l'ulcération traverse quelquefois la couche péritonéale qui recouvre l'utérus, et il rapporte deux faits intéressants, l'un où le péritoine qui recouvre le fond de l'utérus avait été perforé par la gangrène, et l'autre où l'iléon était devenu adhérent à l'utérus par suite d'un épanchement de lymphe plastique et avait été traversé par l'ulcération; pendant plusieurs mois, avant la mort, les fèces ne passaient donc plus par le côlon, mais traversaient le vagin par suite de l'ouverture de l'intestin. Dans un des cas de Montgomery, il y eut une anasarque générale.

La surface de la langue est souvent sèche et ridée surtout vers les derniers temps de la maladie, elle peut aussi être blanche ou d'un rouge violacé. Souvent il se forme, aux angles de la bouche, de petites ulcérations que l'on ne peut arriver à guérir. On observe aussi à l'intérieur de la bouche, au vestibule et autour de l'anus, des éruptions aphtheuses. Leake, au nombre des symptômes du cancer utérus, signale une douleur spéciale dans la poitrine.

Bien que la plupart des symptômes que je viens d'énumérer se rencontrent dans presque tous les cas de cancers utérins, il peut se présenter cependant, pour chaque malade, quelque accident spécial. Dans un cas, il peut y avoir peu ou même point de douleur; dans un autre, il n'y a point d'hémorrhagie; dans un troisième, la fièvre peut manquer. Dans les cas de cancer de la vessie et du vagin, il se peut que l'utérus soit à peine com-

(1) Voyez aussi Blundell, *Diseases of women*, p. 165.
(2) *Edinburgh medical Journal.* Janv. 1829, p. 220.

promis, et cependant que les symptômes soient les mêmes que pour le cancer utérin, seulement il existe dans le vagin une sensibilité tout à fait inaccoutumée. Dans les cas de ce genre, il y a une erreur que l'on peut commettre très-facilement. Comme la cavité du bassin n'est pas aussi remplie que dans les cas ordinaires de cancer, l'utérus est plus mobile, et l'on peut croire avoir affaire à un ulcère rongeant. Dans la plupart des

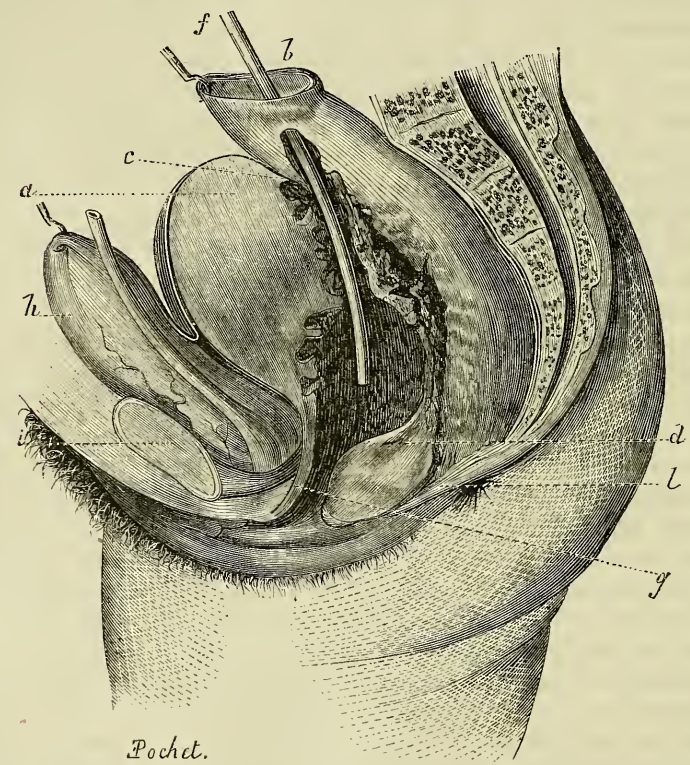


Fig. 120. — Cancer de l'utérus, du rectum, de la paroi postérieure du vagin, avec destruction totale du museau de tanche (*).

cas qui durent un peu de temps, il se forme dans certains organes des dépôts de matières cancéreuses, ainsi dans le foie, les poumons et parfois aussi dans d'autres organes. Blundell (1) dit n'avoir jamais vu coïncider le

(1) Blundell, *Diseases of women*, p. 161.

(*) La femme qui a fourni cette pièce pathologique était depuis longtemps sujette à une constipation opiniâtre : elle n'allait à la garderobe que tous les huit, douze ou quinze jours; c'est après de violents efforts pour aller à la garde-robe qu'elle s'aperçut que les excréments sortaient par le vagin. — *a*, l'utérus sans trace de cavité; *b*, le rectum perforé; *cc*, perforation du tissu de l'utérus; *d*, portion épaissie du rectum adhérente à la paroi postérieure du vagin; *f*, stylet; *g*, paroi antérieure du vagin, *h*, vessie; *i*, pubis; *l*, sphincter de l'anus. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXXI.)

cancer du sein avec celui de l'utérus. Naturellement ces dépôts secondaires entraînent des symptômes et des troubles fonctionnels nouveaux, tels que toux, etc., mais ces symptômes passent inaperçus au milieu des phénomènes de la maladie utérine.

Lebert a noté la durée dans trente-neuf cas.

1 malade vécut.....	3 mois.	9 malades vécurent	de 12 à 18 mois.
5 malades vécurent	de 3 à 6 mois.	10 —	de 18 à 24
6 —	de 6 à 9	3 —	plus de 2 ans.
5 —	de 9 à 12		

§ V. — Pronostic.

Le pronostic est toujours funeste, il n'y a point d'espérance de guérison, et tout au plus peut-on espérer quelque soulagement aux souffrances intolérables des malades. La durée de la maladie dépendra en grande partie de la constitution de la malade; les hémorrhagies qui peuvent améliorer ou même arrêter pour un temps les progrès de l'ulcération ont, d'autre part, l'inconvénient d'affaiblir la malade. Il est réellement étonnant de voir combien de temps la vie peut résister au cortége formidable des accidents locaux et généraux, aux ulcérations, à la fièvre hectique, aux douleurs excessives, aux hémorrhagies, etc. La malade finit par mourir d'épuisement, ou par suite d'une péritonite ou d'une entérite, ou par les accidents liés à la rétention d'urine, ou par un épanchement séreux dans le cerveau. Le docteur Beatty a cité un cas de péricardite qui lui a paru être lié à la rétention d'urine.

§ VI. — Diagnostic (1).

Il est légitime d'espérer qu'à mesure que nos connaissances microscopiques deviendront plus précises, on arrivera à découvrir des caractères de plus en plus tranchés entre les diverses affections dont nous venons de parler. En tout cas, on doit aussi souvent que possible examiner au microcospe, quand ce ne serait que pour arriver à des conclusions négatives.

I. *Période d'induration.* — A cette période, le cancer doit être distingué :

1° *Avec la simple induration*, la tumeur est moins rouge, moins vasculaire, mais d'une consistance plus dure et plus nettement lobulée. Le squirrhe s'étend facilement aux organes voisins et entraîne l'immobilité de l'utérus ;

(1) P. F. A. Bazin, *Essai sur le diagnostic des maladies de l'utérus, qui se terminent ordinairement par le cancer de cet organe.* Thèse inaug. Paris, 1833. — C. Bruch, *Die Diagnose der bösartigen Geschwülste.* Mainz, 1847. — J. Z. Lawrence, *The Diagnosis of surgical Cancer,* 1858.

2° *Avec les tumeurs fibreuses.* — La tumeur squirrheuse est plus lobulée, moins nettement limitée que la tumeur fibreuse, et enfin elle donne lieu à des douleurs et à de l'ulcération ;

3° *Avec les tubercules.* — Par la dureté de la tumeur squirrheuse, la tendance constante à s'étendre aux tissus voisins, enfin par les douleurs spéciales, par l'écoulement et par la marche même de la maladie ;

4° *Avec les môles, les hydatides, etc.* — La dureté, l'extension au tissu voisin, et enfin le mode de terminaison tout différent, suffisent pour distinguer ces affections ;

5° *Avec une grossesse au début.* — Dans le squirrhe, l'utérus est plus dur, la tumeur s'accroît lentement; en général les règles persistent, et enfin les signes généraux de la grossesse manquent.

II. *Période d'ulcération.* — Les maladies avec lesquelles le cancer peut être alors le plus facilement confondu, sont l'ulcération simple de l'utérus, l'ulcère corrodant et les ulcérations syphilitiques. Les symptômes caractéristiques sur lesquels le diagnostic peut être fondé, sont les dépôts de matières cancéreuses dans les autres organes, l'étendue de l'ulcération, le caractère tout spécial des tissus malades, l'immobilité de l'utérus, les symptômes généraux graves, la fièvre hectique, et enfin la terminaison fatale.

Le cancer ulcéré peut être distingué :

1° *Avec l'ulcération simple de l'utérus.* — Par l'accroissement de volume de l'organe, ce qui tient au dépôt de matières morbides. Par la grande profondeur de l'ulcération, par la fétidité de l'écoulement, par l'immobilité de la matrice, et enfin par la gravité des symptômes constitutionnels ;

2° *Avec l'ulcère rongeant.* — Par l'immobilité de l'utérus et par la présence d'une tumeur morbide dans le bassin ;

3° *Avec l'ulcère vénérien.* — Par l'immobilité de l'utérus et par l'accumulation de matières morbides dans son tissu, par la profondeur et l'irrégularité de l'ulcération, — par la douleur aiguë et l'incurabilité de la maladie. Au sujet de l'ulcération vénérienne de l'utérus, Pearson fait remarquer que, dans tous les cas qu'il a rencontrés, l'utérus conservait sa mobilité; qu'il n'y avait pas de renversement des lèvres de l'utérus ni aucune dilatation de l'orifice; les ulcères étaient souples, sans fongosités, et il n'existait aucune altération vaginale. Les douleurs compliquant cette maladie n'étaient ni constantes ni très-aiguës; les ulcères vénériens de l'utérus disparaissent toujours à la suite du traitement général de la vérole (1).

§ VII. — Traitement.

I. *Période d'induration.* — Les médecins ont employé alors un grand nombre de remèdes divers, et, à les en croire, ce fut parfois avec succès.

(1) Pearson, *Principles of Surgery*. London, 1788, p. 120.

Ainsi, Manning (1) rapporte l'histoire de la guérison d'un squirrhe, au début, par la ciguë. Stork (2), Nauche (3), Boivin et Dugès (4), J. A. Récamier, A. L. J. Bayle (5), etc., croient aux vertus curatives de cette plante.

Les toniques amers avec l'ammoniaque, la belladone avec la rhubarbe, l'hydrochlorate de baryte, l'hydrochlorate de plomb, l'oxyde ou le muriate d'or et une foule d'autres remèdes (6), ont été vantés comme exerçant une action plus ou moins favorable. Cette maladie n'est-elle, cependant, jamais curable, même au début? C'est une question très-douteuse. Pour ma part, après des investigations nombreuses, je la regarde comme incurable. Je ne mets certes pas en doute la bonne foi de tant d'hommes capables, mais je regarde leur diagnostic comme erroné.

Je me bornerai dans ce chapitre à considérer seulement certaines indications spéciales. Et d'abord tous nos efforts doivent tendre à retarder les progrès de la maladie et le passage de la première à la seconde période. Si l'on compare les symptômes des deux périodes, l'on en comprendra facilement la raison.

La période d'induration ne donne lieu qu'à peu de symptômes, ce ne sont guère que des symptômes mécaniques qui apportent des troubles sérieux; tandis que le cancer ulcéré entraîne rapidement une terminaison fatale. Dans la première période, la vie de la malade n'est pas en danger immédiat.

Sir Clarke recommande de tirer de temps en temps un peu de sang soit par des applications de ventouses sur les reins, soit par des applications de sangsues à la vulve, et cela suivant les effets produits par les hémorrhagies spontanées sur les progrès de la maladie. Il faudra toutefois avoir soin que les pertes de sang ne soient pas assez considérables pour affaiblir le sujet. Il faut en même temps surveiller les inflammations qui pourraient se produire dans les organes voisins. Quelques dérivatifs, tels qu'un vésicatoire sur les reins ou un séton à la cuisse, peuvent être utiles. Joubert dit qu'il a retiré de l'avantage des saignées locales et de l'administration des pilules suivantes :

℞ Savon médicinal		12	grammes
Gomme ammoniaque		8	—
Extrait de ciguë	aa	6	—
Extrait d'aconit			
Masse pilulaire		4	—

Divisée en pilules de 0,25 centigrammes chacune.

(1) Manning, *On female diseases*, p. 272.

(2) Storck, *Dissertation sur l'usage de la ciguë*. Paris, 1761. — *Observ. nouvelles*. Paris, 1762.

(3) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1822, vol. II, p. 598.

(4) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 21. — *Rust's Magazin*, t. XLVII. — *Lancet*, 1er oct. 1836. — *Dublin Journal*, nº 31

(5) A. L. J. Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1835, t. III, p. 558.

(6) Voir une liste considérable de soi-disant remèdes dans Astruc, *Traité des maladies des femmes*, 2e édition. Paris, 1778, et Copland's *Diction. of practical medicine*, p. 286, art. Cancer.

Il fait prendre 2 de ces pilules matin et soir, et augmente chaque jour d'une pilule jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 15 ou 20 à prendre matin et soir.

L'iode mérite d'être employé sur une plus large échelle que cela n'a été fait jusqu'ici. Wagner (1), et Hill disent s'en être très-bien trouvés, ainsi que Copland.

Le fer et ses diverses préparations sont souvent utiles.

Les intestins doivent être entretenus libres, les purgatifs salins sont les meilleurs à prescrire, en ce qu'ils provoquent des évacuations sans déterminer d'irritation sur l'utérus.

Quant à ce qui est des applications directes sur la matrice, Leake recommande les injections vaginales avec le plomb, et à une période plus avancée des lavements narcotiques. Je ne vois aucun inconvénient à faire usage de ces préparations, mais il ne faut pas chercher à arrêter l'écoulement qui me paraît être plus utile que nuisible. Les injections à l'eau chaude seront utiles une fois par jour au moins comme soin de propreté : les bains de siége peuvent également rendre des services. On a vanté les bons effets d'un régime sévère. Burns, Pouteau et Pearson, l'ont préconisé ; la malade devra être chaudement vêtue, la circulation cutanée active pouvant agir comme dérivatif par rapport à la matrice. Dans les cas où il survient de l'urticaire, on obtient parfois du soulagement par l'administration de la rhubarbe et de la magnésie combinées avec quelque infusion amère.

Si la malade est enceinte, comment doit-on se comporter au moment de l'accouchement? on devra se guider entièrement sur les cas particuliers. Tantôt on laissera l'accouchement se terminer naturellement, tantôt il faudra faire la version, appliquer le forceps, pratiquer des incisions ou même l'hystérotomie. De quelque manière que l'accouchement se termine, le résultat ultime sera probablement le passage de la première période à la période d'ulcération. Les applications de belladone ont été hautement recommandées. Quand la maladie arrive à la fin de la première période, il faut, à cause de la douleur, avoir recours aux narcotiques. La ciguë, combinée avec des toniques, a été recommandée par beaucoup d'auteurs, et j'ai vu souvent cette médication réussir. La jusquiame est aussi très-utile, et ses préparations ont du moins l'avantage de ne pas troubler les fonctions cérébrales ni de produire aucune constipation. Elles laissent de plus l'opium comme ressource pour une plus grave extrémité.

II. *Période d'ulcération.* — Quand une ulcération existe, le traitement est non-seulement plus compliqué, mais il est encore moins satisfaisant. La maladie progresse rapidement, et, quoiqu'elle puisse varier à diverses époques, elle n'est presque jamais stationnaire. Copland dit : « Que le traitement doit être dirigé dans le but suivant :

1° Aider aux fonctions générales en excitant les fonctions digestives et les sécrétions et excrétions abdominales ;

(1) Wagner, *Revue médicale*, juin 1823.

2° Diminuer la sensibilité morbide des parties et provoquer l'absorption des dépôts morbides par l'emploi des anodins combinés avec les désobstruants et les médicaments perturbateurs ;

3° Accroître la vigueur générale par des médicaments appropriés, par le régime et par la nourriture.

Les mêmes médicaments peuvent servir à remplir ces trois indications.

Bien qu'il soit fort important de chercher à retarder les progrès de la maladie, il est encore plus important d'être prudent au sujet des moyens employés. C'est ainsi que les déplétions sanguines, utiles dans la période d'induration, ne le sont plus lorsqu'il s'agit d'un cancer ulcéré. Il faudra combattre toutes les complications qui pourraient survenir, et surtout chercher à diminuer la douleur. Les narcotiques sont presque toujours nécessaires, et il faudra commencer par les plus faibles, la ciguë, la jusquiame, la belladone, etc., à des doses appropriées. C'est le soir, au moment du coucher, qu'il faudra surtout les administrer. Tous les cinq ou six jours, on augmentera la dose, et finalement on aura recours à l'opium. — L'opium, à côté de ses bons effets, produit un résultat très-fâcheux : la constipation opiniâtre, qui entraîne des douleurs horribles. En pareil cas, un peu d'huile de ricin, quelques grains de rhubarbe, des lavements devront être prescrits. Ce dernier moyen nécessite les plus grandes précautions, à cause du voisinage de la partie malade avec l'intestin.

Quelques auteurs ont vanté l'usage de l'extrait de stramonium, à la dose d'un grain chaque fois, plusieurs fois par jour. L'iode a paru d'abord donner des succès, qui n'ont pas ensuite été confirmés.

Une propreté minutieuse est une condition *sine qua non* pour prévenir l'excoriation des parties et diminuer l'odeur infecte de la chambre.

Des injections vaginales avec de l'eau chaude ou un liquide mucilagineux seront faites plusieurs fois par jour, pour calmer les douleurs et pour entretenir de ce côté une propreté exquise. Capuron (1) ajoute de l'opium à ces injections; d'autres ont recommandé la ciguë. On a encore préconisé diverses autres injections : de la décoction de carottes, de l'eau chaude additionnée d'acide acétique (1 litre d'eau et 15 grammes d'acide), 10 gouttes d'acide nitrique ou quelques grammes d'acétate de plomb. Le but de ces injections est de calmer les douleurs locales et de diminuer l'écoulement. Si les pertes sont très-abondantes, il sera à propos d'avoir recours à des injections astringentes plus fortes, avec du sulfate de zinc, de l'alun, etc. Ces injections serviront aussi à diminuer l'abondance des hémorrhagies. Les applications froides sur la vulve, des lavements froids, le repos absolu, agiront encore dans le même sens. [James Arnolt (2) a proposé de traiter le cancer par la congélation.] Blundell conseille encore

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1817.
(2) J. Arnolt, *Lancet*, 1854, p. 116.

l'usage d'un tampon; ce moyen exige les plus grandes précautions, à cause de la sensibilité extrême du vagin. Pour ma part, j'ai retiré peu de bénéfice des injections, sauf pour calmer les douleurs. Les applications directes de chlorure de soude m'ont été quelquefois utiles pour diminuer la fétidité de l'écoulement.

[Follin (1) a préconisé le chlorure de zinc.]

J'ai prescrit parfois des injections au nitrate d'argent (50 centigrammes pour 30 grammes d'eau) dans l'espoir d'arrêter la marche de l'ulcération. J'ai échoué à ce point de vue, mais il m'a semblé que ce moyen diminuait les douleurs et la sensibilité extrême de la plaie. En outre, les pertes devenaient moins fétides; la malade a constaté elle-même ce résultat. Les douleurs sympathiques, même les douleurs éloignées, sont souvent soulagées par les injections utérines; c'est ce que j'ai vu arriver dans plusieurs cas de sciatique. S. Bruni (2) a rapporté un cas de cancer guéri à la suite d'une injection faite dans l'utérus avec de l'acide cyanhydrique étendu.

Au début de l'ulcération, on a tenté des applications directes de caustiques : ainsi la potasse caustique a été très-souvent employée, aussi bien que l'iode et l'acide nitrique, et cela avec succès (3). Les fongosités sont détruites, la douleur diminue, l'écoulement est moins abondant; mais peu importe cependant que l'ulcération soit détruite, si le tissu morbide existe toujours, soit dans l'utérus, soit dans les organes voisins.

[Ajoutons à ces divers moyens les injections d'acide carbonique gazeux ou dissous dans l'eau, dont nous avons déjà parlé. Ce moyen, mis en usage dans ces derniers temps, a surtout été utile pour diminuer les douleurs quelquefois excessives du cancer utérin (4).

L'emploi du permanganate de potasse, expérimenté par M. Demarquay (5) à la maison municipale de santé à Paris, a donné des résultats très-satisfaisants comme moyen de désinfection : une solution au centième est suffisante pour atteindre ce but. Ce ne sont évidemment là que des moyens palliatifs, mais il n'en est pas moins vrai qu'ils rendent de réels services.]

Les substances aromatiques stimulantes, soit seules, soit combinées avec l'opium, diminuent les douleurs de l'estomac. Une potion opiacée,

(1) Follin, *Archives générales de médecine*, 1857, 5e série, t. II, p. 226.

(2) S. Bruni, *Società medico fisica di Firenze*, 9 mars 1828 ; *Cancer de l'utérus guéri par les injections avec l'acide cyanhydrique* (*Journal des Progrès des sciences et inst. méd.* Paris, 1828, t. X, p. 239).

(3) Nauche, *Maladies propres aux femmes.* Paris, 1822, t. II, p. 616. — Lisfranc, *Maladies de l'utérus.* Paris, 1836.

(4) Follin, *Archives générales de médecine*, 1856, t. II, p. 608. — Ch. Bernard, *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 569. — Monod, *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 16, et *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 799. — Demarquay, *Union médicale*, 7 mars 1857. — Le Juge, *Essai sur quelques modes de traitement des affections de l'utérus, et en particulier sur l'emploi du gaz acide carbonique.* Thèse, juillet 1858, n° 184, p. 28.

(5) Voy. Reveil, *Formulaire des médicaments nouveaux*, 2e édit. Paris, 1865, p. 526.

quelques gouttes d'éther sulfurique, sont utiles dans le même but. Le docteur Montgomery a soulagé momentanément les douleurs d'estomac par des applications de cataplasmes opiacés sur la région. Quelques pilules bleues, de la rhubarbe, agiront favorablement pour faciliter les fonctions de l'estomac et des intestins.

Mais on ne peut tout au plus qu'obtenir des soulagements temporaires, et l'on a le triste spectacle de voir les malades descendre peu à peu et sans espoir vers la tombe, au milieu de douleurs affreuses. En pareil cas, les remèdes les plus désespérés ont été tentés du moment qu'ils offraient la moindre chance de succès, et en face de l'impuissance de la médecine, on a fait appel à la chirurgie. C'est ainsi qu'on a proposé l'*excision du col* ou l'*extirpation de tout l'utérus*. Nous parlerons plus loin de ces opérations.

Les conclusions de Duparcque au sujet du cancer sont les suivantes :

1° Le plus grand nombre des cancers de l'utérus succède à des ulcérations et à des congestions qui auraient pu être guéries; on peut donc, jusqu'à un certain point, et en s'y prenant à temps, prévenir le développement de cette affreuse maladie ;

2° Une fois confirmés, les cancers sont jusqu'ici au-dessus des ressources de la médecine ; même le traitement chirurgical, qui offre quelque chance de succès quand la maladie est limitée au col, devient inutile quand tout l'organe est atteint ;

3° Dans tous les cas, un traitement palliatif bien dirigé arrête les progrès de la maladie, la maintient jusqu'à un certain point stationnaire, et diminue l'intensité des douleurs ;

4° Tous les cas d'extirpation de l'utérus connus ont été publiés à une époque beaucoup trop rapprochée du moment de l'opération. Une statistique faite plus tard serait assurément moins encourageante.

Il y a donc maintenant deux questions à examiner : l'*excision du col utérin*, l'*extirpation de tout l'organe*.

1° *Excision du col utérin*. — Cette opération a été souvent pratiquée, et les avis sur son utilité sont très-variables. Tulpius (1), Monteggia (2), André de La Croix et La Peyronie (3) ont, dit-on, pratiqué cette opération, mais le fait est douteux.

Osiander (4) pratiqua neuf fois avec succès (la première fois le 5 mai 1801) cette excision du col et d'une partie plus ou moins considérable de l'utérus. L'hémorrhagie consécutive fut toujours facilement arrêtée.

(1) Tulpius, *Observ. medicæ*. Amsterdam, 1652.

(2) Monteggia, *Annotazioni pratiche sopra gli mali venerei*, p. 179.

(3) La Peyronie, *Observ. sur une excroissance de la matrice* (*Mém. de la Société royale de Montpellier*, 1766).

(4) F. B. Osiander, *Commentationes societatis regiæ scientiarum Gottingensis ; Gottingische gelehrte Anzeiger*, 1808 ; *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1816, vol. X, p. 286.

Dupuytren (1) a pratiqué quinze ou vingt fois cette opération avec succès.

Récamier et Hervez de Chégoin (2) ont pratiqué chacun une fois cette opération avec succès; Cazenave a réussi deux fois Strachan. (3), d'Amérique, et plus récemment mon ami le professeur Simpson (4), d'Édimbourg, ont réussi dans cette opération.

C'est Lisfranc (5) qui a le plus préconisé ce moyen de traitement. Sur ses assertions, les médecins en étaient arrivés à croire que cette opération était la plus simple et la plus inoffensive du monde. Cependant M. Pauly (6) a prouvé par des statistiques que rien n'était moins vrai que l'innocuité de cette opération; que bon nombre d'opérées mouraient dans les vingt-quatre heures, que plus des deux tiers mouraient quelques jours après, et que, d'ailleurs, le nombre des opérées était moins grand qu'on ne croyait.

1° Au lieu de 99 opérations que Lisfranc disait avoir pratiquées, on ne peut en trouver que 53.

2° On n'a pas tenu un compte exact des cas de mort survenus à l'hôpital.

3° Des 19 malades opérées en ville, il n'y en a eu qu'une qui ait retiré un avantage réel de l'opération.

4° Sur ces 19 malades, il y en a 4 qui moururent dans les vingt-quatre heures, 12 eurent une récidive immédiate, et dans les 2 derniers cas, tout le carcinome n'ayant pas été enlevé, la terminaison fatale n'en fut que plus rapide.

5° Sur les 9 malades qui ont été opérées en présence de M. Pauly, et près desquelles il resta pendant vingt-quatre heures, 6 furent atteintes d'hémorrhagies effrayantes, et, sur ces 6, 3 moururent en vingt-quatre heures.

Enfin, il est positif que, dans un grand nombre de cas, l'opération était entièrement contre-indiquée par la nature même de la maladie.

De tels faits suffiraient, il me semble, pour éloigner les plus hardis de cette terrible opération, qui est aujourd'hui tombée dans le plus grand discrédit.

Blandin et Velpeau ont perdu plusieurs malades après l'excision du col, et voici ce que Velpeau (7) fait observer à ce sujet :

(1) Dupuytren, *Journal gén. de méd.*, t. CIX, p. 214.
(2) Hervez de Chégoin, *Gazette médicale de Paris*, 1836, n° 4.
(3) Strachan, *American Journal of med. Sciences*, t. V, p. 307.
(4) Simpson, *Edinburgh Journ.*, n° 146.
(5) Lisfranc, *De l'amputation de la portion vaginale de l'utérus* (*Gaz. méd.*, n° 25, 1834, p. 387), et *Leçons cliniques de la Pitié, Considérations sur les cas qui nécessitent l'amputation du col de l'utérus* (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, de Lucas Championnière, février 1834, t. V, p. 68).
(6) H. Pauly, *Maladies de l'utérus*, d'après les leçons de M. Lisfranc. Paris, 1836, p. 427.
(7) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. IV, p. 413.

« Sans examiner si, depuis qu'on y a recours, l'excision du col utérin n'aurait pas été souvent pratiquée sans qu'il y eût de cancer, comme certaines personnes l'ont avancé, je me bornerai à faire remarquer que Dupuytren, qui l'a pour ainsi dire naturalisée en France, a fini par la rejeter; que Lisfranc semble aussi la pratiquer moins fréquemment qu'autrefois; que, selon Heisse, Osiander lui-même ne la mettait plus en usage quelque temps avant sa mort. »

Il est donc bien positif que cette opération a dû être assez souvent pratiquée sans nécessité, et les plus sages praticiens se sont décidément prononcés contre elle. « A juger de la masse des faits par ceux que le désir de la publicité m'a fourni l'occasion d'examiner, je suis persuadé, dit Duparcque, que l'amputation du col de l'utérus a été pratiquée dans un grand nombre de cas où elle était au moins inutile.

« Parmi les nombreuses pièces d'anatomie pathologique colportées en triomphe dans toutes les académies médicales par un chirurgien très-haut placé, nous avons distingué, et beaucoup l'ont vu comme nous, des cols où des portions de cols utérins que l'on avait enlevés comme étant affectés d'engorgements squirrheux, et qui étaient loin d'offrir même l'apparence de cet état. La souplesse et la mollesse des tissus de la partie enlevée, qui était seulement engorgée, et dans laquelle on pouvait encore très-distinctement reconnaître le parenchyme de l'organe, indiquaient suffisamment qu'il y avait eu ou inflammation chronique, ou seulement hypertrophie. La dureté trompeuse de l'engorgement avait été produite par des liquides en circulation ou infiltrés, lesquels, s'étant échappés après l'ablation de la partie, l'avaient rendu presque à son état naturel (1). »

Montgomery dit que, selon lui, l'excision du col est une opération presque toujours impraticable, et qu'elle est d'ailleurs toujours inutile dans les cas de cancer bien prouvé.

Blundell (2) rejette également d'une manière absolue cette opération.

Robert Lee dit qu'après l'examen des faits, il lui apparaît tout à fait inutile de parler d'une opération qui est aussi cruelle que contraire à tout principe scientifique.

Simpson a cependant pratiqué cette opération et a eu de nombreux cas de succès : sur huit malades, une seule est morte, et il n'a pas vu les accidents dont d'autres médecins ont parlé. Il n'a jamais eu qu'un cas d'hémorrhagie, qu'il a arrêtée avec un tampon (3).

Moore (4), de Derry (États-Unis), a enlevé deux pouces et demi de col utérin pour un cas de cancer, et la malade a parfaitement guéri.

(1) Duparcque, *Maladies de la matrice : altérations*. Paris, 1839, t. I, p. 458.
(2) Blundell, *Diseases of Women*, p. 187.
(3) Simpson, *On Amputation of the neck of the womb* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, janvier 1841) ; *Dublin Journal*, novembre 1846 ; *Medical Times and Gazette*, janvier 1859.
(4) Moore, *Ranking's Abstract*, t. VII, p. 313.

Atlee (1) a pratiqué cette opération, la plaie guérit, mais la malade mourut.

On peut, avec Duparcque (2), poser les règles suivantes sur la nécessité, la contre-indication ou l'inutilité de l'amputation du col utérin :

« 1° L'amputation du col doit être rejetée pour les cas de simple engorgement sans ulcération profonde du col utérin ; du moins ne devra-t-on y avoir recours qu'après que l'on aura essayé sans succès des moyens thérapeutiques ordinaires ;

« 2° Elle doit être également rejetée ou retardée, toutes les fois que l'altération, quelle que soit sa nature, paraît rester stationnaire, ou que l'on a quelque espoir de prévenir son développement ultérieur par tout autre moyen ;

« 3° Elle sera définitivement rejetée lorsqu'on soupçonnera que la maladie n'est pas limitée au col, ou qu'elle se trouvera hors de la portée des instruments, ou consécutivement de l'action des caustiques, ou qu'elle affectera simultanément d'autres organes ;

« 4° On devra encore tenir compte des circonstances qui peuvent faire présumer la prédisposition héréditaire, cas dans lequel la récidive est presque inévitable ;

« 5° Peut-être aussi serait-il plus avantageux d'attendre, pour opérer, que les malades qui sont arrivées à l'époque critique, aient dépassé cette époque et atteint l'âge qui détruit la modification prédisposante, organique ou vitale, qui, si l'on opérait avant cet heureux effet de l'âge, rendrait la récidive également à craindre. »

Bien que je sois disposé à me ranger à l'avis des auteurs distingués que je viens de citer, je crois cependant de mon devoir d'entrer dans quelques détails au sujet de cette opération ; ce sera d'ailleurs le meilleur moyen d'empêcher les médecins de la pratiquer inutilement :

1° Le seul espoir de succès de l'opération étant basé sur l'enlèvement de toutes les parties malades, il est évident que l'on ne doit tenter l'excision que dans les cas où le col utérin est seul affecté. La limite pour une opération sûre est la ligne d'insertion du vagin sur la partie supérieure du col utérin ;

2° L'opération sera inutile et même nuisible, si les parties environnantes, ganglions lymphatiques, tissu cellulaire, sont elles-mêmes atteintes. En pareil cas, l'amputation du col ne fait qu'accélérer la marche de la maladie. L'utérus devra être aussi parfaitement mobile. Il faut cependant distinguer les cas d'engorgement simple des ganglions lymphatiques d'avec l'hypertrophie cancéreuse de ces ganglions. Dans le premier cas, l'engorgement cesse immédiatement après l'opération ;

3° La congestion du corps utérin est présentée par quelques auteurs

(1) Atlee, *American Journal of med. Sciences*, juillet 1848.
(2) Duparcque, *Maladies de la matrice : altérations*, p. 474.

comme un obstacle à l'opération. Lisfranc prétendait qu'il ne devait pas en être ainsi; que la congestion du corps est un fait constant, qu'elle tombe une fois l'opération faite, et qu'elle ne peut être regardée comme une contre-indication.

4° La congestion des ovaires n'est pas plus un obstacle aux yeux de Lisfranc. Il s'appuie sur l'innocuité des cautérisations en pareil cas, et l'excision n'est pas, dit-il, plus dangereuse.

5° Les circonstances qui contre-indiqueraient toute autre opération chirurgicale seront également une contre-indication à l'excision du col. Ainsi, par exemple, toute maladie des organes thoraciques ou abdominaux.

6° Le développement de la cachexie cancéreuse et l'affaiblissement constitutionnel qui en résulte, doivent encore empêcher l'opération.

Si nous recherchons maintenant dans quels cas on peut raisonnablement espérer quelque bénéfice de l'opération, nous trouverons notre cercle très-restreint :

1° Les cas où le cancer serait limité strictement au col, sans aucune atteinte des tissus voisins, sans aucune altération de la santé générale.

2° Dans l'ulcère rongeant de l'utérus. Ici du moins il n'y a point d'extension au tissu environnant, il n'y a point à craindre qu'une ulcération maligne se reproduise sur ce qui reste de l'utérus, à la condition toutefois que tout le tissu morbide aura été enlevé. Assurément, si cette opération doit jamais être pratiquée, c'est en pareil cas; et cependant les suites en sont si graves, qu'il faut avoir devant les yeux la mort inévitable de ses malades pour décider l'opérateur.

Procédé opératoire. — L'opération peut être pratiquée sans abaisser l'utérus, ou bien l'organe peut être amené jusqu'à la vulve. Le premier procédé est le meilleur, quand l'utérus est le siége de fongus ou de cancer ramolli.

Pour ces cas particuliers, Dupuytren avait inventé une espèce de cuiller à bords tranchants, et une espèce de cercle d'acier avec un rebord interne également tranchant, qui était fixé sur un manche perpendiculaire. Le col est introduit dans le cercle et incisé par un mouvement de rotation. Osiander se servait de ciseaux courbes. Jules Hatin (1) et Colombat (2) ont chacun inventé des instruments pour saisir le col et l'exciser. Canella a imaginé un instrument se composant d'un spéculum cylindrique, à l'intérieur duquel se trouve un second cylindre avec une lame transversale à son extrémité. Cette lame se ferme et s'ouvre à volonté, en sorte qu'une fois le col entré dans ce second cylindre, on le sectionne circu-

(1) Hatin, *Mémoire sur un nouveau procédé pour l'amputation du col de la matrice dans les affections cancéreuses.* Paris, 1827.

(2) Colombat, *L'hystérotomie ou l'amputation du col de la matrice dans les affections cancéreuses suivant un nouveau procédé.* Paris, 1828.

lairement avec cette lame. Pendant l'opération, le col est fixé par un crochet (1).

Pour éviter les déchirures produites par les crochets, Guillon (2) a proposé un instrument qui, une fois introduit dans le col utérin, s'entr'ouvre et donne ainsi un point d'appui pour attirer tout l'organe. Les objections qu'on a faites à cet instrument sont : 1° la difficulté de l'introduire ; 2° la difficulté qu'on éprouve à l'ouvrir une fois qu'il est introduit ; 3° les douleurs et les déchirures qu'il peut causer.

[Menici, de Pise (3), avait inventé une machine pneumatique pour abaisser l'utérus.]

Lisfranc attirait l'utérus en bas avec les pinces de Museux appliquées à l'aide d'un spéculum bivalve ; il amenait le col à l'orifice du vagin. Le chirurgien doit alors reconnaître la ligne d'insertion du vagin autour du col, ce qui forme la limite opératoire ; puis il porte un bistouri boutonné sur la partie postérieure du col, et enlève de bas en haut toute la partie malade aussi complétement que possible. La malade doit être placée dans la position de la taille, et il faut avoir grand soin de ne pas blesser la vulve. Si l'orifice vaginal est trop étroit pour laisser passer le col utérin, Lisfranc conseillait l'incision du bord antérieur du périnée (4). L'opération n'est pas, du reste, douloureuse ; le temps le plus pénible est l'abaissement de l'utérus. Arronsohn (de Strasbourg) a proposé un instrument fort ingénieux, avec lequel le col utérin peut être saisi et amputé sans qu'on soit obligé d'abaisser la matrice (5).

Il est difficile d'apprécier ces diverses méthodes. Celle de Lisfranc est peut-être la plus facile et aussi la plus sûre ; mais quand le col est dégénéré en masse, il devient impossible de le saisir avec des pinces pour abaisser tout l'organe, et alors il faut avoir recours au procédé de Dupuytren.

Un des grands inconvénients des instruments compliqués, c'est qu'ils ont été construits pour répondre à des indications spéciales, et qu'ils ne peuvent dès lors se plier à toutes les circonstances ; à ce point de vue, les meilleurs instruments sont les pinces de Museux et le bistouri boutonné ; il faut seulement, par mesure de précaution, avoir deux paires de pinces.

Outre les dangers très-sérieux qu'entraîne l'opération en elle-même, il y en a d'autres qui peuvent se produire plus tard :

1° La malade peut mourir d'hémorrhagie après l'opération.

2° Alors même que la perte de sang est peu abondante au moment de

(1) Canella, *Cenni sull'Estirpazione della bocca del collo dell' utero*. Milano, 1821. — Voyez aussi Avenel, *Sur le traitement des affections cancéreuses du col de l'utérus*, thèse, Paris, 1828, n. 80, et *Rev. méd.*, juillet et août 1828, vol. III. p. 6.

(2) Guillon, *Journal de la Société de médecine pratique*. Paris, 1827-1828, p. 72.

(3) Menici, *Repertorio medico di Piemonte*, août 1835, p. 250.

(4) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*, p. 409.

(5) Arronsohn, *Zeitschrift für die gesammte Medizin*, vol. I, p. 436.

l'opération, une hémorrhagie secondaire peut survenir et entraîner la mort, quoique cela soit rare après quarante-huit heures.

3° L'inflammation de la matrice peut se produire et se terminer par suppuration et par une complication de péritonite. Suivant Pauly, c'est ce qui arrive surtout quand le vagin est blessé à la partie postérieure.

4° Si on laisse une portion du tissu malade, l'ulcération peut recommencer sur ce point (1) et il ne se forme pas de cicatrice. Pour arrêter les hémorrhagies, on peut faire usage des applications froides sur la vulve, d'un tampon ou bien même du cautère actuel, et l'on combat les symptômes inflammatoires par des fomentations antiphlogistiques et l'usage du calomel mélangé à l'opium. Si la surface de la plaie se recouvre trop activement de granulations, on les réprimera par les cautérisations.

2° *Extirpation de l'utérus* (2). — Cette opération formidable a été plusieurs fois pratiquée, et sur l'utérus déplacé, et sur l'utérus en position normale.

L'utérus en inversion a été enlevé avec succès par Ambroise Paré (3), Franç. Rousset (4), Vieussens (5), Anselin (6), Gooch, Granville (7), Faivre (8), chirurgien de l'hôpital de Vesoul, Chevalier (9), Richard Baxter (10), Wolfgang, J. Müller, J. Jessen, Jean Müller, médecin hollandais, P. de Sorbait, Alex. Hunter, de Dumbarton (11), Charles Johnson (12), en 1822, Rheinick (13), Davis (14), Weber (15), Cordeiro, William Newnham (16),

(1) Krimer, *Hufeland's Journal*, sept. 1834, traduit sous le titre de : *Récidives dans les cas de cancer de la matrice opérés*, par Ch. Martins (*Revue médicale*, août 1835, t. III).

(2) Consultez : Max. Langenbeck, *Diss. de totius uteri extirpatione*. Gottingæ, 1842.— Breslau, *De totius uteri extirpatione*, dissertatio. Monachii, 1852.

(3) Ambroise Paré, *Œuvres*, édition J. F. Malgaigne, livre XVIII. Paris, 1840, t. II, p. 745.

(4) Fr. Rousset, *Traité de l'hystérotomotokie*. Paris, 1581.

(5) Vieussens, *Traité nouveau des liqueurs du corps humain*. Toulouse, 1715, t. II.

(6) Anselin, *Observ. intéressante sur une extirpation totale d'une matrice sphacélée* (*Journal de méd. et de chir.* de A. Roux. Paris, 1766, t. XXV, p. 458).

(7) Granville, *The London med. and surg. Journal*, 1827 ; *Extirpation de l'utérus par la ligature* (*Journal des progrès des sciences et des instit. méd.* Paris, 1829, t. XIII, p. 270).

(8) Faivre, *Extirpation de matrice* (*Journal de médecine et de chirurgie* de A. Roux. Paris, août 1786, t. LXVIII, p. 201 ; *Journ. univ. des sciences médicales*, sept. 1818).

(9) Voyez Merriman, *Synopsis of the various kinds of difficult parturition*, 4th edit. London, 1826.

(10) Baxter, *London physical and med. Journ.*, 1811, et *Ann. de la littérature médicale étrangère*, t. XV, p. 578.

(11) Hunter, *Duncan's Annals of med.*, 1800, vol. IV, p. 866.

(12) Johnson, *Dubl. in Hosp. Reports*, vol. III, p. 479 ; *Dubl. in Journ.*, mars 1845.

(13) Rheinick, *Siebold's Journ. für Geburtshulfe*, t. V.

(14) Davis, *London med. Repository*, t. XX.

(15) Weber, *Siebold's Journ. für Geburtshulfe*, t. V.

(16) W. Newnham, *Essay on the symptoms, causes and treatment of inversion of uterus*. London, 1818, et *Journal universel des sciences médicales*, septembre 1818.

Windsor (1), en 1809, J. Clarke (2), C. J. M. Langenbeck (3), Voigtel (4), Lasserre (5), Luytgaerens (6), Mollet (7), Gregson (8), Cl. Tarral (9), Higgins de Taunton (10), Pierson et Putmann (des États-Unis) (11), Bowen Harrison (12) et M' Clintock (13). Dans un cas, l'utérus renversé fut enlevé par une sage-femme ; dans d'autres, il a été arraché.

Il y a des cas dans lesquels la terminaison fut moins heureuse. Dans un cas opéré par Deleurye, la malade mourut quelques jours après. Il en fut de même dans plusieurs cas opérés par Baudelocque, Desault et Buet (de Vienne) (14) .

[Aran enleva un utérus introversé, et la malade succomba (15).]

Dans plusieurs cas de prolapsus, l'utérus a été enlevé avec succès par la ligature par Gallot (de Provins) (16), en 1819, Marshall, Fodéré, en 1825, Récamier et Marjolin (17), Delpech (18), Bellini (19). Un cas semblable, opéré par Ruysch (20), se termina fatalement. Langenbeck (21), en 1813, réussit dans un cas avec le bistouri. Wrisberg (1) rapporte un cas d'ablation par une sage-femme avec un couteau. Quand l'utérus est en place, l'opération est naturellement plus dangereuse. « Paletta (2) (13 avril 1812), un des premiers, sinon le premier, pratiqua cette opération sans le

(1) Windsor, *Medico-chirurg. Transactions*, 1809, t. X.

(2) J. Clarke, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. II, p. 419.

(3) C. J. M. Langenbeck, *Geschichte einer Extirpation des krebshaften Gebärmutter* (A. E. Siebold's *Journal für Geburtshulfe*. Frankfurt am Main, 1830, t. X, p. 57).

(4) Voigtel, *Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. II, p. 421.

(5) Lasserre (*Arch. gén. de méd.*, 1835, 2e série, t. VIII, p. 395).

(6) Luytgaerens, *Extirpation de la presque totalité de l'utérus* (*Ann. de la Société de méd. de Gand*, 1839).

(7) Mollet, *Annales de thérapeutique*, janvier 1845.

(8) Gregson, *London med. Gazette*, février 1846.

(9) Cl. Tarral, *Mém. sur l'ablation de l'utérus* (*Journal hebdomadaire de médecine*. Paris, 1829, t. V, p. 403).

(10) Higgins, *Edinburgh montly Journ.*, 1er juillet 1849.

(11) Pierson et Putmann, *American Journ. of med. sciences*, avril 1840, octobre 1856.

(12) Bowen Harrison, *London med. Gazette*, avril 1840.

(13) M'Clintock, *Clinical memoirs on diseases of women*, p. 85.

(14) Buet, *Salzburg med. chir. Zeitung*, t. III, p. 188.

(15) Aran, *Leçons clin. sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1858-60, p. 973.

(16) Gallot, *Bull. de la Faculté*, 5e année, p. 15.

(17) Récamier et Marjolin, *Observation sur une extirpation de l'utérus* (*Revue médic.*, t. IV, p. 392; *Journ. gén. de méd.*, 1829, t. CIX, p. 72, et *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXI, p. 78).

(18) Delpech, *Mémoire sur l'ablation de l'utérus* (*Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 605, octobre 1830).

(19) Bellini, *Journal des progrès*, t. XII, p. 273. — *Mémoire sur l'amputation de l'utérus*, 1823.

(20) Ruysch, *Observ. anatomico-chirurg.* Amstelodami, 1696, obs. VII, p. 13.

(21) Langenbeck, *Rust's Mag.*, t. VI, p. 697 et *Bulletin de Férussac*, t. XVII, p. 72.

(22) H. Wrisberg, *De uteri mox post partum naturalem resectione non lethali.* Gottingæ, 1787.

(23) Paletta, in Canella, trad. italienne du mémoire de Sauter, et *Exercitationes pathologicæ*, 2e partie.

savoir, et croyant n'avoir extirpé que le col tuméfié de l'utérus. Depuis lui, cette opération a été pratiquée, avec connaissance de cause, une fois par Sauter (1), deux fois par Siebold (2); une fois en 1824, par Holscher (3), quatre fois par Blundell (4), une fois par Banner (de Liverpool) (5), une fois par Lizars (6), trois fois par Récamier, seul ou avec Roux (7), trois fois aussi par Langenbeck, une fois par Dubled (8), et une fois par Delpech. Des 19 malades, 16 ont succombé aux suites de l'extirpation, une au quatorzième jour, une autre au quatrième, la plupart le lendemain ou au plus tard le troisième jour, quelques-unes peu d'heures, peu d'instants même après l'opération ».

Blundell (9), sur quatre opérations, a eu un cas de succès et trois cas de mort immédiate. Si le cancer du col, dit-il, peut être enlevé avec succès, je suis porté à croire qne l'on aurait le même succès en enlevant le squirrhe du corps de l'utérus. Paul Ève (de Géorgie) a enlevé tout l'utérus pour un polype malin, mais la femme mourut quelques mois après d'encéphaloïde généralisé (10). Velpeau (11) dit que l'opération a été pratiquée vingt et une fois en vingt ans et qu'il n'y a pas eu un seul cas de guérison permanente.

C. Clay (de Manchester) (12) et Kœberlé (de Strasbourg) (13) ont enlevé l'utérus après avoir ouvert le péritoine. Dans le cas de Clay, les deux ovaires étaient malades et tout l'utérus était hypertrophié. Il enleva toutes les parties atteintes et la malade se rétablit.

Cette opération a été proposée pour les personnes qui sont atteintes de cancer ou d'ulcération maligne, comme étant la seule chance en leur faveur. Elle a été proposée de même contre l'ulcération et la gangrène qui se développent à la suite du prolapsus ou de l'inversion de cet organe.

(1) J. N. Sauter (de Constance), *Die gänzliche Extirpation der carcinomatösen Gebärmutter*. Constance, 1822, traduit dans les *Mélanges de chirurgie étrangère*. Genève, 1824, t. I, p. 246, et analysé dans les *Archives générales*. Paris, 1824, t. V, p. 616.

(2) A. E. von Siebold, *Beschreibung einer vollkommnen Extirpation der scirrhösen, nicht prolabirten Gebärmutter* (*Journ. für Geburtsh.* Frankfurt, 1824, t. VII).

(3) Holscher, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, t. XXIII.

(4) Blundell, *London medical Gazette*, t. II, p. 294, 733, 797, et t. III, p. 797. — *The Lancet*, 1829, t. I, p. 186, et t. IX.

(5) Banner, *London med. Gazette*, t. II, p. 582, et *The Lancet*, octobre 1828; *Journal des progrès*, t. XIII, p. 272.

(6) Lizars, *The Lancet*, octobre 1828.

(7) Récamier et Dubled, *Nouvelles Extirpations de la matrice* (*Journ. hebd. de méd.*, 1830, t. VI, p. 122, et *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXIII, p. 403).

(8) Dubled, *Amputation du col de la matrice* (*Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXIII p. 142, et rapport de Capuron, *ibid.*, p. 457).

(9) Blundell, *American Journal of medical science*, octobre 1850, p. 395.

(10) P. Eve, *American Journ. of med. sciences*, octobre 1850, p. 395.

(11) Velpeau, *Nouveaux Éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. IV, p. 415.

(12) C. Clay, *Observations on ovariotomy, also a successful case of entire removal of the uterus and its appendages* (*Trans. of the obstetric. Soc.* London, 1764, t. V).

(13) Kœberlé, *De l'ovariotomie* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1863 t. XXVI).

A. Les circonstances qui défendent cette opération sont à peu près les mêmes que pour l'extirpation du col.

a. La maladie doit être bornée à l'utérus et ne point atteindre les parties voisines : l'utérus doit être mobile, et plus l'ulcération est récente, mieux cela vaut.

b. Les ganglions du bassin, les ovaires, la vessie, le rectum, doivent être sains.

c. Comme pour toute opération chirurgicale grave, la santé générale de la malade doit être bonne, et il ne faut pas attendre le moment de la cachexie cancéreuse (1).

B. Quand l'utérus est déplacé, il faut que les organes pelviens soient sains, qu'il n'y ait point d'adhérence et que l'état général soit bon. Du reste, comme en pareil cas l'opération est moins grave, on peut être moins sévère sur l'état de la malade.

Procédé opératoire. — Il varie suivant la situation de l'organe. Si l'utérus est en prolapsus ou en inversion, on peut l'enlever, soit avec l'écraseur ou le bistouri, soit par la ligature, soit par les deux moyens réunis. Si l'utérus est dans sa situation naturelle, le seul moyen est l'excision.

A. *Extirpation de l'utérus déplacé.* — *a.* Quand on se sert du bistouri, il faut être prêt à appliquer le cautère actuel en cas d'hémorrhagie ; il faut écarter les intestins du sac formé par la dépression de l'utérus, et en cas de prolapsus, disséquer le péritoine si c'est possible. Dans les cas d'inversion, ce dernier temps de l'opération est impossible; c'est assurément le mode d'opération le plus rapide, mais on peut se demander si c'est le plus sage. Je préfère l'écraseur quand on peut l'appliquer. Il faut agir lentement et avec soin, la malade étant maintenue sous l'influence du chloroforme.

b. La ligature peut être simple ou double : simple quand on la passe autour du pédicule, double quand on divise la tumeur en deux portions pour lier chaque portion. On serre chaque jour davantage, jusqu'à ce que la tumeur tombe, ou tout au moins tous les deux ou trois jours. En général, ce procédé est douloureux et il faut chaque soir administrer une dose d'opium. Il faut avoir soin de ne pas comprendre dans la ligature la portion d'intestin qui se trouve dans le cul-de-sac formé par l'utérus en inversion. Le temps qui s'écoule entre le moment où l'on fait la ligature et la chute de la tumeur varie de trois semaines à deux mois.

A cause des dangers moins grands que l'on prête à la ligature, ce procédé a été préféré par la plupart des praticiens, et, ainsi que nous l'avons vu, il a été appliqué souvent avec succès. Cependant, comme pendant le temps que l'utérus met à se séparer, il est survenu divers accidents graves, à cause de l'écoulement fétide que produit une masse à moitié putréfiée, plusieurs chirurgiens ont proposé d'amputer l'utérus au-dessous de la

(1) Dupuytren, *Journal hebdomadaire de médecine*, 24 mai 1824, p. 455.

ligature, soit avec le bistouri, soit avec l'écraseur. S'il survient une hémorrhagie, on resserre la ligature ou l'on applique le cautère actuel. Ce procédé combiné me paraît le meilleur : il réunit les avantages des deux procédés et il écarte les inconvénients des deux moyens isolés.

B. *Extirpation de l'utérus resté dans sa position normale.* — *a. Extirpation sous-pubienne.* — Récamier (1) et Dupuytren pensent que l'utérus doit être amené jusqu'à la vulve pour faciliter l'opération. Gendrin (2) pense au contraire que l'utérus doit être repoussé en haut afin de séparer le col de la portion réfléchie du vagin et pour éviter en même temps les artères utérines. Le second temps, suivant Récamier et Roux, est d'isoler la matrice de la vessie. Blundell ne le fait que plus tard. Gendrin commence l'opération par les parties latérales, afin de se débarrasser aussi vite que possible des ligaments latéraux. Voici, du reste, le procédé décrit par Récamier. L'état de l'utérus avant l'opération était le suivant : « La lèvre postérieure de l'orifice utérin était entièrement détruite, la lèvre antérieure, saillante de plus d'un pouce, était dure, bosselée et ulcérée entièrement. L'orifice utérin était large, et le doigt pénétrait dans l'organe avec la plus grande facilité, ce qui tenait au ramollissement des parties recouvertes d'excroissances fongueuses et de plusieurs tumeurs encéphaloïdes. La paroi postérieure du vagin était ulcérée dans l'étendue d'un pouce. Le rectum était sain, sans adhérences, de même que la vessie. L'abdomen était souple, le pouls rapide, la langue nullement chargée. L'opération étant décidée, la malade fut placée sur le bord d'une table, dans la position de la taille : la partie saillante du col fut saisie avec des pinces de Museux, afin d'abaisser tout l'organe autant que possible. Ce temps de l'opération fut le plus douloureux. Après avoir examiné le rectum, Récamier fit sur le vagin une incision demi-circulaire, au point de la réflexion de la muqueuse sur le col. Le doigt fut porté au fond de l'incision pour isoler l'utérus de la vessie, ce qu'il fit dans une étendue de 2 pouces. Le péritoine fut ensuite coupé, ainsi que les ligaments utérins, avec un bistouri boutonné. La malade ne perdit pas une goutte de sang et se plaignit très-peu. Les ligaments larges furent coupés et liés avec un fil. Ceci fait, le corps de l'organe fut fortement abaissé, les pinces mises de côté, le bistouri reporté dans la plaie pour sectionner la paroi postérieure du vagin et les plis de péritoine qui unissaient l'utérus aux organes voisins et tout l'organe fut ainsi enlevé. » Cette opération réussit complétement. J'ai vu moi-même la malade, à l'Hôtel-Dieu, après sa guérison.

Langenbeck s'efforce de disséquer le péritoine au lieu de le couper. L'utérus étant isolé sur un point, peut être retourné complétement sur lui-même, et la section des derniers liens devient ainsi plus facile. Pour

(1) Récamier, *Recherches sur le traitement du cancer*, t. I.

(2) Gendrin, *Observations et remarques sur l'extirpation de l'utérus* (*Journal gén. de médecine*. Paris, octobre 1829, t. CIX, p. 91).

empêcher toute hémorrhagie, on pose une ligature de chaque côté sur les ligaments.

Blundell décrit ainsi son procédé (1) :

Je commençai par introduire l'index et le médius de la main gauche dans le vagin, jusqu'à la partie malade, et je glissai mon bistouri à plat sur la face palmaire de mes doigts, pour commencer la section. La voie une fois ouverte, je fis pénétrer peu à peu mes doigts par la plaie jusque sur la face antérieure du rectum et jusqu'à la portion recto-vaginale du péritoine. Réintroduisant le bistouri pour achever la section du vagin, je le conduisis sans cesse avec l'extrémité de mes doigts, et autant que possible d'ailleurs j'agrandissais l'ouverture avec le doigt par dilacération. Une fois le vagin sectionné en arrière dans toute son étendue transversale, je pratiquai de la même manière la section des parties latérales jusqu'aux ligaments larges, c'est-à-dire avec un bistouri boutonné, alternativement conduit sur les doigts de la main gauche pour le côté gauche, sur les doigts de la main droite pour le côté droit. J'introduisis alors toute la main dans le vagin, et, passant mes deux doigts en arrière de l'utérus, le long de la paroi postérieure, j'arrivai jusqu'au fond de l'organe, que je saisis avec mes doigts recourbés en crochet. Par un mouvement de rétroversion je l'abaissai fortement en arrière et l'amenai dans le vagin. Le reste de l'opération se fit à découvert. Il y avait encore des adhérences, par le moyen des ligaments larges et des trompes, avec la vessie et la paroi antérieure du rectum. Les ligaments larges furent coupés le long des parois utérines latérales; tout près de ces parois et dans la section des adhérences vaginales, on eut grand soin de ménager le col de la vessie et les uretères.

La malade perdit 4 ou 5 onces de sang; mais il n'y eut pas de ligatures à faire. Elle supporta facilement cette opération et se rétablit très-vite. Cinq mois après, la malade était complétement guérie.

b. Extirpation sus-pubienne. — En 1814, Gutberlat proposa d'enlever l'utérus par la ligne blanche. Cette opération a été pratiquée dans un cas par Langenbeck (1825) (2), et une autre fois par Delpech (3). Les deux malades moururent très-peu de temps après l'opération. Blundell (4) parle cependant plus favorablement de ce procédé. « Ne pourrait-on pas, dit-il, enlever l'utérus au-dessus de la symphyse? ne pourrait-on pas aussi l'enlever par le vagin? Une fois l'utérus enlevé, on ferait une suture sur la partie supérieure du vagin. Le cancer est une maladie si affreuse, qu'on ne doit rejeter aucun des moyens proposés pour y soustraire les malades, mais assurément l'opération devra être pratiquée de bonne heure, avant que les organes voisins soient atteints. »

(1) Blundell, *Lancet*, 9 août 1828.

(2) Langenbeck, *De totius uteri extirpatione*. Berolini, 1826.

(3) Delpech, *Mémoire sur l'ablation de l'utérus* (*Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 610)

(4) Blundell, *Diseases of women*, p. 177. — Voyez aussi *Siebold's Journal*, vol. IV, p. 307.

Dubled a proposé d'enlever l'utérus sans toucher au péritoine : cette opération a été pratiquée par Langenbeck (1) dans un cas de prolapsus. C'est à peu près la méthode proposée par Bellini. On tire fortement l'utérus en bas, on le sépare du vagin à son point d'insertion, puis, après une dissection circulaire faite avec soin, on applique des ligatures sur les ligaments ronds, et on les sectionne tout près de la surface extérieure de l'utérus.

Que l'opération soit faite sur l'organe en position normale ou sur l'organe déplacé, les dangers qui accompagnent une semblable opération doivent être pris en sérieuse considération :

1° Le premier danger est celui qui résulte de l'ébranlement général très-grave imprimé à toute la constitution. Blundell pense que ce danger est toujours plus grand quand l'utérus est extrait du milieu même du bassin ; qu'il est bien moindre dans les cas de déplacements.

2° Une hémorrhagie grave ou même mortelle peut survenir à la suite de l'opération, surtout quand l'utérus était en place ; pour l'utérus déplacé, on évite ou l'on fait disparaître le danger avec la ligature ou le cautère actuel.

3° Les organes voisins, le péritoine peuvent s'enflammer : de là danger de mort pour les malades, aussi menaçant d'ailleurs dans les deux cas.

4° Si l'ouverture supérieure du vagin est considérable, les intestins peuvent passer par cette voie. En pareil cas, on est forcé d'avoir recours à un tampon fait avec des éponges.

Si maintenant on considère les résultats donnés par l'extirpation de l'utérus, surtout de l'utérus en position normale, il est difficile de trouver en faveur de cette opération d'autres motifs que celui de ne pas abandonner les malades à une maladie horrible et incurable, sans rien tenter pour les soulager. Gendrin s'exprime en ces termes sur ce point : « L'extirpation de l'utérus est assurément l'une des plus graves et des plus douloureuses opérations de la chirurgie, en même temps qu'elle est l'une des plus souvent mortelles. Elle ne doit donc être pratiquée qu'avec la plus extrême prudence, et dans les cas seulement où l'on peut enlever tout l'organe malade. Il faut avoir recours à tous les modes possibles d'excision, pour se bien assurer que la maladie est bien limitée et que l'organe est encore mobile, malheureusement encore on peut se tromper. D'habiles chirurgiens, comme Sauter et Roux, ont méconnu l'extension de la maladie aux ovaires et aux trompes de Fallope. Notre conclusion est donc que, dans le plus grand nombre des cas, la sagesse veut qu'on n'opère pas. »

Les conclusions seront différentes pour l'organe déplacé. Cette opération est moins formidable : elle ébranle moins toute l'économie, et elle a été pratiquée souvent avec succès. On pourra donc la hâter, quand il n'y a pas de contre-indication particulière.

(1) Langenbeck, *Neue Bibliotek*, t. I.

ARTICLE II.

EXCROISSANCES EN CHOUX-FLEURS

CANCROIDE VÉGÉTANT.

Le nom d'excroissances en choux-fleurs a été imaginé, en 1809, par John Clarke (1), et adopté ensuite par son frère sir C. Clarke (2), quoiqu'il ne soit pas toujours très-approprié à tous les cas.

Levret et Herbiniaux ont décrit, sous le nom de *tumeurs vivaces*, des excroissances de nature maligne que Gooch affirme n'être pas autre chose que les excroissances en choux-fleurs (*cauliflower*). Il admet aussi que ces tumeurs sont les mêmes que celles qui ont été désignées sous le nom de *fongus hématodes*. A quoi Boivin et Dugès répondent que les excroissances en choux-fleurs sont solides et non pas simplement vasculaires. Hemming tend à partager l'opinion de Gooch.

Robert Hooper (3) combat, avec quelque raison, la dénomination de la maladie ; mais c'est à tort que, comparant les excroissances dont nous parlons aux céphalomas, il veut faire de ces tumeurs des *céphalomas polypoïdes :* si du moins on compare sa description à celle de sir C. Clarke, il est évident qu'il s'agit de deux maladies tout à fait différentes.

[[On admet généralement aujourd'hui que les excroissances en choux-fleurs sont constituées anatomiquement *par l'infiltration dans la trame des tissus, d'éléments épithéliaux qui se rapprochent beaucoup de l'épithélium normal.*

Ces excroissances peuvent dès lors être considérées comme un véritable cancroïde, d'où le nom de *cancroïde végétant* et d'*épithélioma* qui leur a été donné.]]

La maladie consiste en un développement morbide d'une portion ou de toute l'étendue de la circonférence de l'orifice utérin ; plus rarement cette excroissance part de la cavité utérine.

Cette affection se rencontre chez des femmes de tout âge, mariées ou non mariées, indépendamment de toute question de tempérament, d'habitudes ou d'habitation.

Elle n'est pas aussi fréquente toutefois qu'on pourrait le croire d'après cette définition. « Pour un seul cas d'excroissance en choux-fleurs, on voit dix ou vingt polypes, cinquante carcinomes, ou ulcères malins de l'utérus (4). »

(1) John Clarke, *Transactions of the society for the improvement of medical and surgical knowledge*, vol. III, p. 321. — *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. XVIII, p. 480.

(2) C. Clarke, *Observ. on diseases of females*. London, 1831, 3e édit., vol. II, p. 57.

(3) Hooper, *Morbid anatomy of the human uterus*. London, 1832, p. 16. — Voy. aussi Duparcque, *Traité théorique et pratique sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice*. Paris, 1839, p. 85. — Lisfranc, *Mal. de l'utérus*, p. 364.

(4) Gooch, *Diseases of women*, p. 309.

§ I. — Causes.

Les causes sont très-obscures : on ne peut dire que ce soit une lésion du col produite par le travail de l'acccouchement, puisque cette maladie se rencontre aussi bien chez les vierges et les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Ce n'est pas non plus la suite d'un coït exagéré ni d'affections syphilitiques, car la maladie n'est pas plus fréquente chez les filles publiques que chez les autres femmes. Sir Clarke semble porté à admettre qu'il y a une prédisposition congénitale et que les organes semblent n'attendre que le développement d'une vascularité plus abondante.

§ II. — Anatomie pathologique.

La tumeur est très-vasculaire, d'une coloration rouge foncé, avec une surface légèrement granulée ou unie, sur laquelle on voit de nombreuses traînées de vaisseaux. La structure est assez ferme ; si l'on touche un peu fort l'excroissance, elle saigne. Toutes les tentatives qu'on a faites pour injecter la tumeur par l'utérus ont échoué, ce qui semble contredire l'opinion de sir C. Clarke sur la nature purement vasculaire de ces tumeurs. Cependant, après la mort ou après l'application d'une ligature, la tumeur disparaît et l'on ne voit plus qu'une petite masse flasque. Sur un assez grand nombre de cas, sir C. Clarke n'est arrivé à obtenir qu'une seule préparation. En général, l'excroissance est fixée plus ou moins complétement sur la circonférence de l'orifice utérin, et rien n'est plus variable que le volume auquel elles arrivent ; tantôt ce sont des granulations isolées et très-petites, tantôt, au contraire, ces granulations sont agglomérées et forment une masse irrégulière (fig. 121).

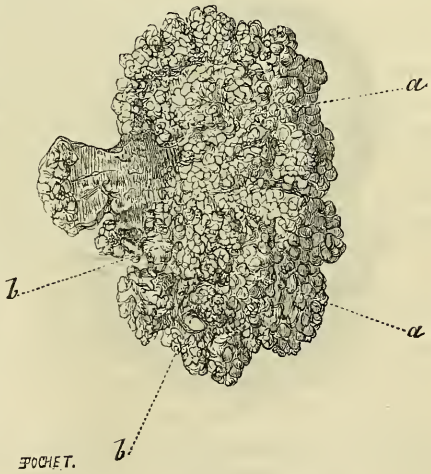


Fig. 121. — Chou-fleur de l'utérus (*).

Clarke dit n'avoir jamais vu d'excroissances sur aucune autre partie que sur le col (fig. 122), mais Gooch et d'autres auteurs ont vu ces excroissances sortir de la cavité même du col. On ne se doute pas de leur existence, jusqu'à ce qu'elles soient parvenues à une certaine dimension et

(*) *aa*, face inférieure de la tumeur ; *bb*, portions déchirées au moment de l'enlèvement. (Simpson, fig. 14.)

qu'elles soient arrivées à faire saillie en dehors de l'orifice utérin. Le pédicule de ces granulations subit de nombreuses variations, suivant le

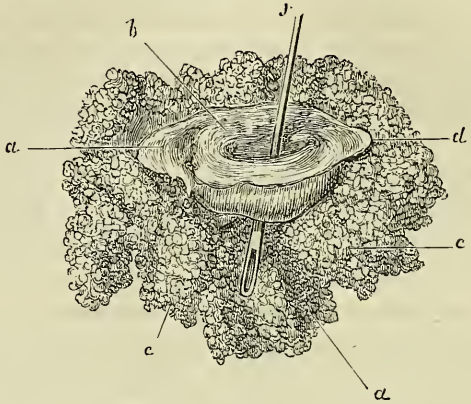


Fig. 122. — Chou fleur de l'utérus (*).

degré de dilatabilité du vagin. Quand ce canal est étroit et rigide, la tumeur est très-étranglée; mais chez les femmes mariées qui ont eu des enfants et dont le vagin est par conséquent très-lâche et très-extensible,

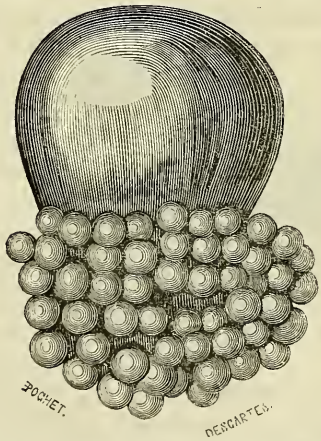


Fig. 123. — Tuméfaction, sensibilité du museau de tanche (**).

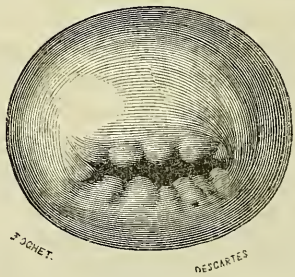


Fig. 124.— Museau de tanche vu après la disparition des vésicules, plusieurs mois plus tard (***).

la tumeur atteint des dimensions considérables. La maladie paraît être tout à fait limitée à l'utérus, le vagin restant parfaitement sain. Si on en-

(*) *a*, lèvre antérieure du col ; *b*, lèvre postérieure du col ; *c*, surface de la tumeur fixée sur les lèvres ; sonde cannelée passée à travers l'orifice du col. (Simpson, fig. 13.)

(*) Son orifice entouré de nombreuses vésicules transparentes semblables à des groseilles blanches accompagnées d'abondantes pertes de sang. Ces vésicules disparaissent au moyen d'injections styptiques. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXVII, fig. 6.)

(*) (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXVII, fig. 7.)

lève toute l'excroissance morbide, elle se reproduit dans un temps relativement très-court, et c'est en cela même que consiste la malignité de cette affection. Avec le spéculum, on découvre une masse d'un volume variable, d'une coloration d'un rouge brillant, formée de petites agglomérations irrégulières, avec des prolongements inégaux et en divers sens. Quelques-unes des plus petites granulations sont, ainsi que l'a remarqué Montgomery, légèrement transparentes (1) (fig. 123 et 124). Quelquefois la tumeur est plus dense, et une fois qu'elle est enlevée, on peut en faire la préparation anatomique. Montgomery attribue cette augmentation de densité à l'accumulation du sang et de la lymphe dans les lamelles du tissu cellulaire qui compose en grande partie ces excroissances. En pareil cas, on ne voit pas des portions de ces tumeurs se détacher et tomber comme cela arrive quand elles sont plus molles.

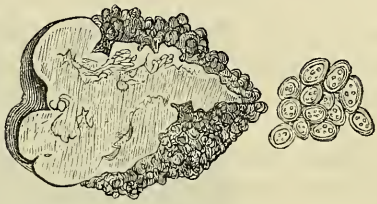


Fig. 125. — Coupe de la tumeur. — Aspect au microscope (*).

Anderson, de Glasgow (2), a publié le résultat de recherches très-minutieuses sur la structure des excroissances en choux-fleurs, et j'engage les lecteurs à se reporter à ce travail.

Simpson (3) dit, à ce sujet : « J'ai examiné avec un très-puissant microscope de très-minces tranches de ces tumeurs, elles m'ont paru composées de cellules réunies en groupes à certaines places, disposées suivant des lignes irrégulières à d'autres places. Les cellules contenaient toutes un noyau assez large, et chaque noyau plusieurs nucléoles volumineux (fig. 125). Il est intéressant de remarquer que, sur aucune section, on n'a trouvé ces corps allongés ou fusiformes que Joh. Müller (4) a décrits comme existant souvent dans les tumeurs encéphaloïdes. »

Ajoutons encore un extrait d'un travail de Th. Stafford Lee (5) sur la structure intime de ces tumeurs : « Sur une portion de la tumeur d'Anderson, les granulations étaient couvertes d'une membrane très-mince, qui donnait un aspect luisant, et l'on voyait ramifiés à la surface une foule de petits vaisseaux. En pressant entre les doigts, la substance devenait pulpeuse. Au microscope, les lobules furent vus recouverts individuellement d'écailles épithéliales qui ressemblaient tout à fait à celles des membranes muqueuses, et chaque écaille était composée de cellules à noyau, avec

(1) Comparez Récamier, *Revue médicale*, 1835, t. IV.
(2) Anderson, *Dublin Journal*, 1843, vol. XXVI, p. 402, n° 78.
(3) Simpson, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, janv. 1841, p. 104. — *Annales de la chirurgie française*. Paris, 1841, t. I, p. 228.
(4) Joh. Müller, *Ueber den feinen Bau der krankhaften Geschwülste*. Berlin, 1838.
(5) Th. Stafford Lee, *On tumours of uterus*. London, 1847, p. 84.

(*) (Simpson, fig. 15.)

çà et là un vaisseau sanguin ramifié; mais la tumeur elle-même n'était pas en apparence vasculaire. Les lobules semblaient, par leurs bords, imbriqués les uns sur les autres, puis, de la circonférence au centre, les cellules deviennent graduellement plus développées. Il n'y avait pas apparence de tissus fibreux ni aucune cellule allongée, comme dans le cancer. » Tel fut le résultat d'un examen très-attentif d'une portion de la tumeur enlevée par Richard Quin et moi-même pendant la vie.

[Virchow (1) représente (fig. 126) au microscope l'aspect de la coupe en travers d'un chou-fleur du col de l'utérus qui commence à se développer.]

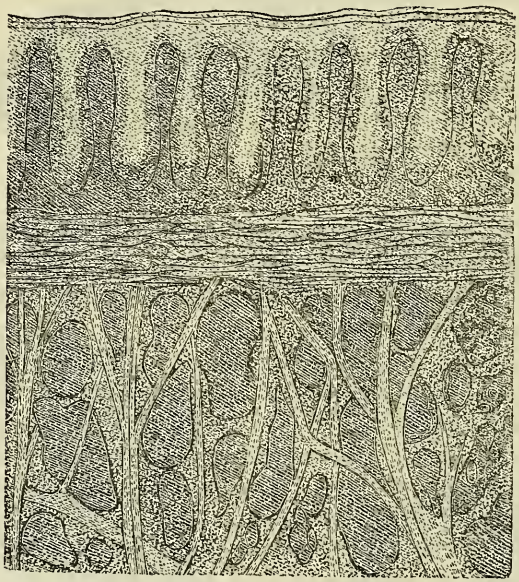


Fig. 126. – Coupe en travers d'un chou-fleur du col de l'utérus qui commence à se développer (*).

La description suivante se rapporte à l'examen d'une autre portion de tumeur, lequel fut fait après la mort.

Quand cette portion de tumeur eut été placée dans l'eau, elle parut être formée par un grand nombre de viscosités fixées en apparence à une substance centrale de consistance plus ferme. Elle se composait de cellules à noyau d'une dimension considérable, les unes circulaires, les autres

(1) Virchow, *Ueber Kankrowe und Papillar Geschwülste* (*Wurzb. Verhdl. der phys med. Gesellsch.* 1850, t. I, p. 106). — *La Pathologie cellulaire*, trad. par Paul Picard. 3e édiion. Paris, 1868, p. 418.

(*) A la surface encore intacte, on voit des papilles assez grosses du pourtour de l'orifice externe; elles sont enveloppées d'une couche épithéliale disposée régulièrement. L'altération commence au bas de la figure, dans le parenchyme du col; des alvéoles ronds, volumineux ou irréguliers, indiquent la maladie, et se trouvent au milieu du tissu. (Grossissement, 150 diamètres.) (Virchow.)

ovales, d'autres encore ovales, mais très-allongées; ces cellules renfermaient une quantité considérable de matière granulée et un noyau bien accusé, à l'intérieur duquel semblait exister une cavité remplie elle-même de matière granulée. Ces deux cavités rappelaient tout à fait deux cellules logées l'une dans l'autre, ou une cellule à double paroi. Ces deux enveloppes étaient réunies par de minces filaments semblables à des brides cellulaires.

De cet examen, nous concluons que la tumeur est entièrement formée de cellules, et que ces cellules sont couvertes d'une membrane épithéliale; en outre, que la tumeur était simple et non maligne (1).

Cependant Renaud est arrivé à cette conclusion, que la maladie dont nous parlons n'est qu'une modification d'encéphaloïde, qu'elle est formée par des touffes papillaires dont les interstices sont remplis par les cellules caractéristiques des encéphaloïdes (2).

Eben Watson croit que ces productions n'ont aucun caractère malin et donne, comme caractères distinctifs, le développement plus lent, l'âge des

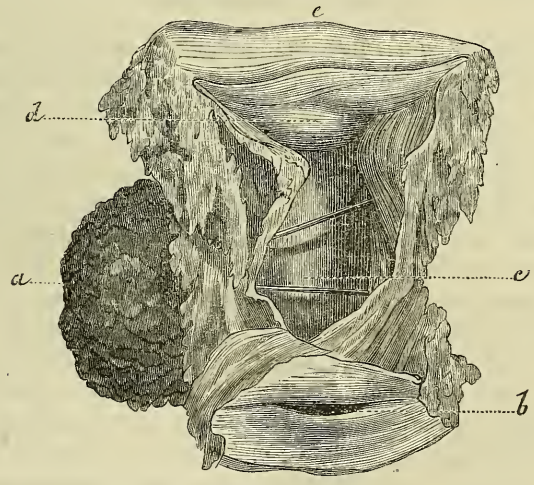


Fig. 127. — Tumeur qui, à l'examen microscopique, présentait les caractères de l'épithélioma (*).

malades (l'âge moyen étant trente-sept ans), l'absence de toute cachexie cancéreuse, et enfin l'absence de douleur et de la cellule-type du cancer (3).

On voit donc qu'il reste encore un doute quant au caractère de ces productions. Leur vitalité vient-elle, comme le pense sir Clarke, de leur pro-

(1) S. Lee, *On tumours of the uterus*, p. 84.
(2) Renaud, *Gazette médicale*, 18 juin 1847.
(3) Eben Watson, *Edinburgh monthly Journ.*, novembre 1849.

(*) *a*, tumeur; *b*, orifice utérin; *c*, cavité utérine maintenue ouverte; *d*, fond de l'utérus. (Clarke, pl. VI.)

priété de reproduction après une première ablation, et de l'hémorrhagie à laquelle elles donnent lieu ; ou bien sont-elles, par elles-mêmes, d'une nature maligne ?

La conclusion à laquelle je suis arrivé est celle-ci : elles ne sont pas primitivement cancéreuses; elles appartiennent à cette classe de tissus que H. Lebert (1) et Hughes Bennett (2) ont nommés *tissus cancroïdes*, et qu' Hannover (3) a plus correctement appelés *epitheliomas*, ces tissus, dans lesquels le noyau est petit relativement à la cellule; mais elles peuvent très-probablement devenir le siége de dépôts cancéreux. De plus, je suis porté à croire que la tumeur, enlevée une première fois, peut prendre, lorsqu'elle se reproduit, un caractère cancéreux, et cette opinion s'appuie sur plusieurs faits observés. J'ajouterai que, dans deux cas que j'ai vus dernièrement, les excroissances en choux-fleurs furent accompagnées ou suivies par une tumeur cancéreuse des parois pelviennes, laquelle se termina par la mort, au moins dans un des cas (fig. 127).

§ III. — Symptômes.

Le premier symptôme qui attire l'attention de la malade est une humidité exagérée des parties externes, laquelle se transforme bientôt en un écoulement aqueux abondant par le vagin (4). Cet écoulement devient quelquefois très-considérable : dans une seule journée, la malade mouille un nombre prodigieux de serviettes ; elle en est bientôt épuisée. Cependant, tant qu'il ne se mêle pas de sang à l'écoulement, la malade souvent ne s'effraie pas et n'a pas recours à un médecin. De temps en temps surviennent des hémorrhagies plus abondantes, souvent même considérables à la suite des rapprochements sexuels, de garde-robes difficiles, ou enfin sans causes apparentes. Un examen peut aussi amener une perte. Dans les intervalles des hémorrhagies, l'écoulement aqueux continue, et l'effet de ces sortes de pertes est funeste pour la constitution. L'anémie, avec toutes ses conséquences, en est le premier résultat. L'estomac et les intestins sont dérangés : des phénomènes dyspepliques apparaissent, la malade peut devenir hydropique, ou bien il peut se former une suffusion séreuse dans quelque cavité, et en pareil cas la malade succombe généralement. Quelquefois surviennent des vomissements, et l'on a même noté des pertes temporaires de la vue. Les progrès de la maladie sont assez rapides dans le cas d'hémor-

(1) H. Lebert, *Physiologie pathologique*. Paris, 1845, t. II. — *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris, 1851. — *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1861, p. 438.

(2) H. Bennett, *On Cancerous and Cancroid Growths*. Edinburgh, 1849.

(3) Hannover, *Das Epithelioma*. Leipzig, 1852.

(4) Suivant les recherches minutieuses de M. Marc d'Espine (*Rech. anat. sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée*, in *Arch. gén. de méd.*, 1836, t. X, p. 160), un écoulement aqueux se rapporte toujours à une lésion de l'utérus et ne se rencontre jamais dans les autres espèces de *leucorrhée*. Cette remarque augmente beaucoup la valeur du symptôme dont elle limite la fréquence.

rhagie, et la malade succombe à la perte de sang ou aux conséquences immédiates de cette perte, plutôt qu'en réalité à la maladie elle-même.

Si l'on fait un examen par le vagin à une période quelconque de la maladie, on trouve une tumeur avec tous les caractères extérieurs que nous avons déjà mentionnés, et dans la plupart des cas on peut suivre cette tumeur jusqu'à son insertion à la lèvre de l'utérus. Au toucher, on a la sensation que donne le placenta à sa surface utérine ; l'examen n'est pas douloureux, la tumeur étant dépourvue de toute sensibilité. L'examen par le spéculum n'ajoute que des renseignements sur la couleur de la tumeur, laquelle est généralement d'un rouge de chair, il fait encore reconnaître distinctement l'état granulé de la surface.

§ IV. — Diagnostic.

« Je ne crois pas qu'aucun médecin puisse dire d'une manière infaillible, d'après le toucher seul, si une tumeur située dans le vagin est d'une nature maligne et doit se reproduire, ou si elle est bénigne, et une fois enlevée ne doit pas se reproduire. »

Sans aucun doute Gooch est dans le vrai, et à toute espèce de point de vue juger par le toucher seul si une tumeur est de nature maligne, est très-hasardeux ; mais dans ces cas on n'en est pas réduit au toucher seul. Quand il y a excroissance en chou-fleur ou cancer, avec des ciseaux ou un bistouri, on peut toujours enlever une petite portion de tissu suffisante pour être examinée au microscope, et l'on reconnaîtra ainsi la différence entre ces deux affections.

Le diagnostic différentiel est à faire :

I. *Avec les tumeurs fibreuses et les polypes.* — Les excroissances en chou-fleur sont plus molles, plus granulées; elles saignent au moindre contact; il n'y a pas trace de pédicule, comme dans le polype.

II. *Avec la surface fongueuse d'un cancer vrai.* — La tumeur est molle, isolée, mobile; elle est insérée sur une des lèvres de l'orifice utérin, et sous le microscope on ne voit pas de cellules cancéreuses. Les symptômes généraux sont ceux qui tiennent à l'anémie, et il n'y a point, comme dans le cancer, de fièvre semi-inflammatoire.

III. *Avec une extrémité de placenta.* — Il n'y a aucun des signes de la grossesse. Dans le cas de grossesse coïncidant avec des excroissances en chou-fleur, le diagnostic pourrait être très-difficile ; l'état du col utérin, le point où l'on entend le souffle placentaire, aideront à reconnaître le véritable état de la malade.

[IV. Enfin, Cazeaux cite un fait où M. Nélaton, appelé pour faire une version dans un cas de présentation de la main, diagnostiqua un énorme chou-fleur naissant de la lèvre antérieure du col. La base de la tumeur offrait cinq ou six petites végétations qui avaient été prises pour de véritables doigts.]

§ V. — Pronostic.

A en juger par les hémorrhagies abondantes qui reparaissent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et par la reproduction opiniâtre des tumeurs après l'excision, le pronostic est très-grave ; la maladie se termine presque toujours d'une manière fatale. Suivant Clarke, le pronostic est plus favorable, quand la tumeur a seulement pour point de départ une des lèvres de l'orifice utérin au lieu d'occuper toute la circonférence. On a cité un très-petit nombre de cas de guérison : Boivin et Dugès en rapportent deux après excision du col, Colombat (1) un autre, Montgomery également un autre, et enfin Simpson un cinquième. J'ai traité moi-même une dame atteinte de cette affection, d'abord par la ligature, qui enleva toute la partie saillante, puis par des cautérisations très-profondes. J'ai perdu de vue cette malade ; mais, pendant les deux mois qui suivirent l'opération, elle resta entièrement guérie. Watson (de Glasgow) (2) rapporte que, sur neuf cas qui ont été traités par l'excision, il y a eu cinq guérisons, trois morts et un cas douteux. Sur sept cas traités par la ligature, la maladie s'est reproduite, et a amené la mort six fois.

§ VI. — Traitement.

C'est encore une question, de savoir si les progrès de la maladie peuvent être arrêtés par un autre moyen que l'excision : Gooch le met en doute, mais C. Clarke dit avoir réussi dans deux cas avec des injections astringentes. Comme dérivatifs, il recommande les ventouses scarifiées sur la région des reins, et de cette façon, dit-il, on arrive à faire diminuer l'écoulement. Toutefois, quand la malade est très-épuisée, ou dans les cas où il y a de l'œdème, il ne faudrait pas employer ce moyen. On se trouve bien aussi de faire des ablutions d'eau froide sur les reins et sur la vulve, et même des injections d'eau froide dans le vagin et le rectum. Les injections astringentes peuvent rendre de grands services, mais il faut avoir bien soin de ne pas introduire trop loin le bout de la seringue, car le moindre contact avec les excroissances peut produire une hémorrhagie. Si la tumeur remplit le vagin, Clarke a conseillé de faire l'injection la malade étant couchée sur le dos, le siége élevé. Si l'excroissance fait saillie en dehors de la vulve, on maintiendrait constamment sur la tumeur une compresse trempée dans l'injection astringente. Bien entendu que la malade doit s'abstenir de toute espèce de rapports sexuels ; elle gardera constamment la position horizontale et suivra un régime nutritif mais léger, sans vin ni stimulant. On administrera fréquemment des laxatifs doux, de manière à prévenir l'accumulation des fèces ; sans cette précau-

(1) Colombat, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1839 1843.
(2) Watson, *Monthly Journal*, novembre 1849.

tion, les garde-robes sont fréquemment suivies d'hémorrhagie. Les formules d'injections astringentes recommandées par sir Clarke (1) sont les suivantes :

℞ Sulfate de zinc	6	grammes
Eau de roses	120	—
Eau distillée	500	—

Mêlez.

℞ Alun	90	grammes.
Eau distillée	500	—
Mucilage de gomme	30	—

Mêlez.

℞ Infusion de lin	500	grammes.
Alun	8	—
Teint. kino	4	—

Mêlez.

℞ Sulfate de cuivre	50	centigr.
Eau } aa	1gr,80	
Mixture camphrée } aa		

Mêlez.

Des solutions minérales astringentes, mélangées avec des décoctions de plantes également astringentes, font des injections très-puissantes ; ainsi :

℞ Écorce de grenadier concassée	15	grammes.
Eau distillée	408	—

Faites bouillir pendant dix minutes et ajoutez :

Alun	8	—

Mêlez.

℞ Noix de galle	15	grammes.
Eau distillée	600	—

Réduisez au dixième et ajoutez :

Esprit de romarin	15	—
Alun	12	—

Mêlez.

℞ Décoction d'écorce de chêne	500	grammes.
Teinture de cachou	15	—
Alun	8	—
Sulfate de zinc	4	—

Mêlez.

Si, comme cela est presque certain, ce traitement ne réussit pas à diminuer la tumeur et à arrêter l'hémorrhagie, il n'y a plus d'autre ressource que la ligature ou l'excision. Sans doute, il peut se faire que la tumeur se reproduise avec une grande rapidité, mais on sait que la maladie abandonnée à elle-même entraîne toujours la mort, tandis qu'une opération, si elle ne guérit pas, retarde toujours du moins la terminaison fatale. Tous les genres de ligature dont j'ai parlé à propos de l'ablation des polypes

(1) Clarke, *Diseases of females*. London, 1831, t. II, p. 101.

trouvent ici leur application, soit avec la canule de Levret, soit avec celle de Gooch. Deux ou trois jours suffisent pour la séparation de la tumeur. On peut aussi se servir, soit de l'écraseur, soit du bistouri, en ayant soin d'enlever une portion du col en même temps que la tumeur; il faut seulement se tenir en garde contre l'hémorrhagie. Il faudra ensuite avoir recours à une solution astringente avec laquelle on touche l'orifice utérin dans le but de prévenir la reproduction de la maladie. J'ai essayé d'appliquer un caustique puissant, tel que le muriate d'antimoine ou l'acide nitrique sur le point où siégeait la tumeur, et cette application m'a parfaitement réussi. Avec le spéculum, et je préfère en pareil cas celui de Marion Sims, on applique exactement le caustique sans toucher en rien les parties voisines. Je pense que le meilleur procédé est de produire une eschare profonde sur le point d'implantation de la tumeur ou de comprendre dans la ligature une partie suffisante du col, ainsi que l'a pratiqué Montgomery; ou bien encore d'enlever cette portion avec les ciseaux, comme le faisaient madame Boivin, Simpson (1) et Mackintosh. Autrefois je préférais appliquer la ligature pendant vingt-quatre heures, et je faisais ensuite l'excision au-dessous de la ligature; aujourd'hui, je me sers plutôt de l'écraseur et de l'acide nitrique ou du cautère actuel. L'opération est très-facile quand l'utérus est fortement attiré en bas avec les pinces de Museux. Simpson place les malades sur la face avec les jambes pendantes de

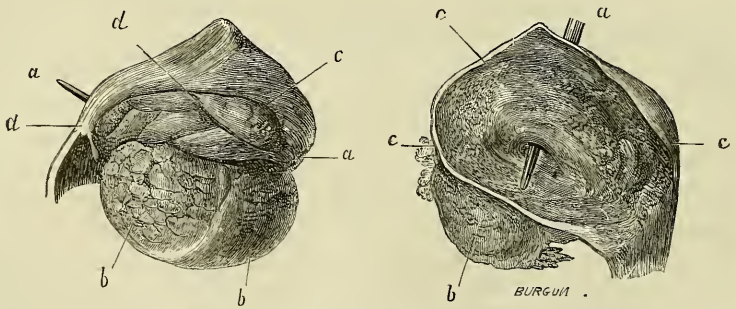


Fig. 128. — Col utérin enlevé par Simpson (*).

chaque côté du lit, afin de pouvoir inciser plus sûrement d'arrière en avant, je trouve plus convenable la position obstétricale ordinaire. Quelque temps après l'opération, on fera usage d'injections astringentes, et, s'il le faut, de cautérisation (fig. 128).

(1) Simpson, *Edinburgh med. and surg. Journal.* Janvier 1841, p. 104. — *Annales de la chirurgie française.* Paris, 1841, t. I, p. 234.

(*) *aa*, baleine passée à travers l'orifice; *bb*, tumeur attachée à la lèvre postérieure; *cc*, ligne de l'incision par laquelle fut enlevé le col.

Il faudra éviter avec grand soin tout ce qui pourrait donner lieu à de l'inflammation. Les stimulants locaux et généraux seront écartés, et la malade sera soumise à un régime sévère.

ARTICLE III

ULCÈRE RONGEANT DE L'UTÉRUS

CANCROÏDE ULCÉREUX.

En décrivant l'ulcération simple de l'utérus, nous avons mentionné une autre espèce d'ulcération qui se distingue de l'ulcère simple par son étendue et son caractère de malignité. Elle a été souvent confondue avec le cancer vrai, dont elle diffère cependant d'une façon notable au point de vue anatomique.

[[L'ulcère rongeant doit être rapproché, au point de vue histologique, des excroissances en choux-fleurs qui ont été décrites précédemment. La plupart des auteurs le considèrent en effet comme une variété du cancroïde d'où le nom de *cancroïde ulcéreux* qui lui a été appliqué. Cette maladie est constituée, comme le cancroïde végétant, par une infiltration de cellules

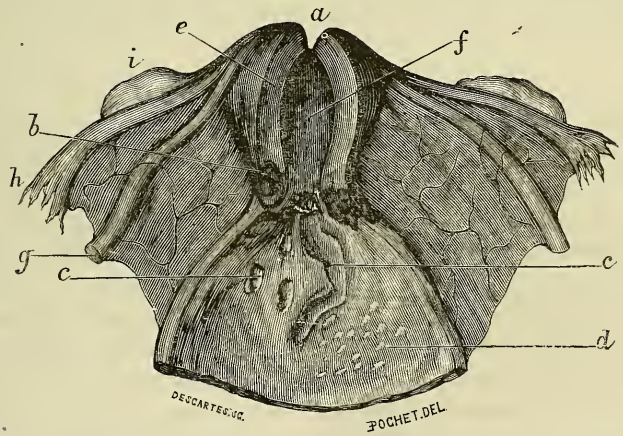


Fig. 129. — Ulcère rongeant de l'utérus sur un sujet à qui on avait fait l'incision du col (*).

épithéliales dans l'épaisseur des tissus ; seulement la production de cellules est moins considérable et l'ulcération envahit le produit dégénéré avant qu'il ait eu le temps de devenir exubérant.]]

La dénomination d'*ulcère rongeant* de l'utérus a été pour la première

(*) *a*, coupe de l'utérus sur sa paroi antérieure ; *b*, lieu d'excision du museau de tanche ; *c*, ulcérations du vagin ; *d*, granulations qui se faisaient remarquer sur le vagin ; *e*, épaisseur des parois de l'utérus : tissu sain ; *f*, cavité utérine ; *g*, *g*, cordons sus-pubiens ; *h*, *h*, trompes de Fallope ; *i*, ovaires sains. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXV, fig. 1.)

fois appliquée à cette forme d'ulcération maligne par John Clarke (1), de Londres ; c'est à lui et à son frère, C. Clarke (2), que l'on doit la meilleure description de la maladie. Baillie en a fait également l'histoire. Il dit « qu'il est fréquent de voir se former sur le col de l'utérus une ulcération de nature maligne. Elle se produit chez les femmes à la période moyenne de la vie ou à un âge plus avancé ; elle peut atteindre quelquefois même les jeunes femmes. L'ulcération commence généralement sur le col de l'utérus et le col devient en même temps un peu plus dur et plus volumineux, il n'arrive pas cependant à une dimension considérable. Du col, l'ulcération gagne le fond de l'organe, et il n'est pas extraordinaire de voir tout le corps être détruit et se transformer en une masse fongueuse. L'ulcération n'est pas toujours limitée à l'utérus, elle s'étend quelquefois aux parties voisines, au vagin, à la vessie, au rectum; elle établit entre ces organes une communication anormale, produisant ainsi de terribles ravages (3). » Nous verrons cependant qu'il y a plusieurs points qui semblent avoir été négligés par ces auteurs, et nous en trouverons d'autres pour lesquels des observations plus étendues sont nécessaires. La maladie attaque surtout les femmes d'une constitution lymphatique à l'époque de la cessation des règles ou peu de temps après. Clarke dit qu'il ne se rappelle pas avoir vu aucun cas d'ulcère malin avant quarante ans. J'en ai cependant rencontré chez des femmes beaucoup plus jeunes.

§ I. — Symptômes.

La maladie est souvent précédée par des douleurs et un malaise dans le bassin, une sensation de chaleur interne et des pertes blanches. D'autres fois il n'y a pas de prodromes, et l'attention de la malade et celle du médecin sont appelées vers ces organes par une hémorrhagie abondante que l'on prend souvent pour un retour irrégulier des règles. A cette période on examine la malade, on trouve une ulcération du col de l'utérus dans une plus ou moins grande étendue ainsi qu'une surface granuleuse et rude qui peut être complétement insensible au toucher, ou bien légèrement sensible, ou très-irritable, ou enfin très-douloureuse. C. Clarke fait observer que : « quand un doigt est introduit dans le vagin et porté sur l'ulcération, la malade n'accuse aucune douleur. Elle ne se retire pas sous la moindre pression, comme dans les cas d'ulcération cancéreuse, mais si on lui demande ce qu'elle éprouve, elle répond ordinairement qu'elle a un peu de sensibilité (4). » Qu'il en soit ainsi dans beaucoup de

(1) John Clarke, *Transactions of a Society for improvement of med. and surg. Knowledge*, t. III.

(2) C. Clarke, *Observ. on diseases of females*. London, 1831, 3e édit.

(3) J. Wardrop in Baillie's *Works*. Paris, 1851, vol. II, p. 323. — Voyez aussi Ruysch, *Observationum anatomico-chirurgicarum centuria*, obs. 12. — Davis's *Obstetric med.*, vol. II, p. 745.

(4) C. Clarke, *On diseases of females*. London, 1831, vol. II, p. 195.

cas, c'est parfaitement sûr, mais il y a de si nombreuses exceptions que le symptôme inverse peut être considéré comme décisif pour établir le diagnostic, et, d'autre part, plusieurs auteurs ont cité un grand nombre de faits d'ulcération cancéreuse sans aucune douleur, et même sans aucune sensibilité au toucher. Le siége et la direction de l'ulcération varient suivant les divers sujets. Le reste de l'utérus est à peine hypertrophié, et les autres organes du bassin sont entièrement libres et mobiles.

L'hémorrhagie peut cesser pour un temps, mais, comme l'ulcération marche toujours, le sang reparaît à des intervalles plus ou moins rapprochés pendant tout le cours de la maladie, en moins grande quantité cependant vers la fin. Dans quelques cas, l'hémorrhagie paraît amener un soulagement momentané et suspendre en partie les progrès de l'affection. Dans l'intervalle des pertes, un écoulement blanc se produit par le vagin, mais tout à fait différent des pertes qui précèdent l'hémorrhagie. Cet écoulement est épais, ichoreux, et en général d'une odeur fétide; il est à remarquer que cette odeur est moins prononcée après la mort que pendant la vie. Je me souviens d'une dame qui répandait une odeur tellement forte qu'on la sentait en passant la porte d'entrée de la maison; cette odeur était insupportable dans la chambre de la malade; à l'autopsie cependant, l'utérus ne répandait plus aucun miasme. Cette odeur est-elle le résultat d'une sécrétion de gaz fétides à la surface de l'ulcération? Je ne saurais le dire. La coloration de l'écoulement varie depuis le jaune paille jusqu'à une teinte brune très-prononcée; quelquefois, mais rarement, on croirait voir du pus.

Aussitôt que la maladie s'est produite, la patiente se plaint de faiblesse générale, de douleur et de pesanteur au niveau du sacrum; cette douleur remonte parfois jusque dans les reins et s'étend en ceinture autour de l'abdomen. Le caractère de cette douleur n'est pas uniforme : quelquefois elle est lancinante, elle ressemble à la sensation qui serait produite par un coup de couteau; d'autres fois, elle rappelle la brûlure faite avec un fer rouge. Dans un des cas que j'ai vus, il n'y avait pas eu la moindre douleur au début de la maladie; cependant la grande faiblesse au niveau des reins existait toujours. Une affection aussi dangereuse ne peut pas exister sans attaquer gravement toute la constitution. La malade maigrit, l'appétit diminue; il y a des douleurs dans l'estomac; les selles deviennent irrégulières; le pouls est petit et rapide; la peau devient sèche et sale, parfois il y a des accès de fièvre. La maladie offre une marche très-irrégulière comme rapidité. Dans quelques cas les progrès sont très-rapides; dans d'autres, ainsi que le fait observer sir Clarke, elle peut traîner plusieurs années sans amener la mort.

A l'examen, on trouve que l'ulcération s'étend, soit circulairement, soit sur la surface antérieure ou postérieure de l'utérus, et qu'elle gagne à la fin la vessie ou le rectum. Le spéculum fait reconnaître une surface irrégulièrement ulcérée, plus ou moins étendue et profonde, d'une colo-

ration brune ou cendrée, avec des bords rouges et enflammés. Il y a dans cet aspect quelque chose de caractéristique. Parfois l'ulcération simple peut laisser quelques doutes, mais l'ulcère rongeant a toujours un caractère bien net de malignité.

De temps en temps l'écoulement augmente, la fièvre devient plus forte et la malade tombe dans l'émaciation : les traits deviennent anguleux, les yeux se creusent; la peau est sèche ou couverte d'une sueur visqueuse, l'appétit cesse ; les accidents dyspeptiques sont constants; il y a une constipation opiniâtre et les garde-robes sont accompagnées de douleurs très-vives. La triste position de la malade s'aggrave encore par la présence d'excoriations sur la vulve produites par un écoulement âcre qui est continu. Enfin la malade succombe à l'épuisement, ou bien elle est emportée par une péritonite produite par l'extension de l'ulcération à la membrane péritonéale ou par une hémorrhagie. Ce dernier mode de terminaison est cependant très-rare.

L'autopsie montre clairement quelles étaient la nature et l'étendue de la maladie. On trouve l'utérus plus ou moins détruit par l'ulcération; cette ulcération s'étend quelquefois circulairement, détruit le col et une partie du corps de l'utérus, laissant le reste de l'organe suspendu par des ligaments ; il n'est plus en rapport avec le vagin que par des débris de tissu cellulaire ; dans d'autres cas, une des parois seulement est atteinte, soit l'antérieure, soit la postérieure, et avec elle se trouvent intéressés les organes voisins, la vessie ou le rectum. Si la vessie est perforée, le vagin est souillé par des dépôts urinaires; si c'est le rectum, on trouve des matières fécales dans le vagin. Je n'ai pas vu d'exemple de perforation simultanée du rectum et de la vessie. Il est important de noter qu'on ne trouve de tissus de nouvelle formation ni dans l'utérus ni dans les organes voisins, et j'ai quelquefois vu que ces dégâts étaient moins considérables que je ne l'avais supposé. La portion d'utérus qui reste intacte est légèrement tuméfiée et vascularisée. Bien que, d'après les altérations qui se sont produites, on ne puisse pas trouver la preuve que l'inflammation ait été le point de départ de la maladie, on peut cependant admettre que la maladie était inflammatoire; mais à quelle époque a-t-elle pris un caractère de malignité? c'est ce que l'on ne peut dire. Il n'est pas non plus facile d'expliquer pourquoi c'est la portion de l'utérus la moins organisée qui est la première attaquée; on ne peut pas non plus se rendre compte de la fréquence plus grande des hémorrhagies quand l'ulcération occupe la partie la moins vasculaire de l'organe.

§ II. — Diagnostic.

1. *Avec le cancer vrai.* — J'ai déjà fait allusion à la similitude qui existe entre cette maladie et l'ulcération cancéreuse. Toutes les deux débutent

à la même période de la vie, à l'époque de la ménopause; toutes les deux donnent lieu à des douleurs lancinantes, à une sensation de brûlure, ou ne sont pas accompagnées de douleurs; à des hémorrhagies, à des écoulements fétides, à de l'émaciation, à de la fièvre, et toutes les deux généralement se terminent par la mort. Comment donc les distinguer entre elles?

Sir Clarke insiste beaucoup sur le caractère de la douleur: « Une douleur intense et aiguë, dit-il, n'est pas un des caractères de l'ulcère rongeant de l'utérus; » tandis que, dans les cas d'ulcération cancéreuse, les malades sont invariablement atteintes de douleurs lancinantes. Si l'on se reporte à l'examen d'un grand nombre de faits, on verra que cette dernière assertion est erronée. Pour ma part, de tous les cas d'ulcères rongeants dont j'ai tenu compte, je vois qu'une seule fois seulement la malade n'avait ressenti aucune douleur; que beaucoup de femmes avaient accusé des cuissons brûlantes, et plusieurs même des douleurs lancinantes. On ne peut donc attacher une grande valeur à ce symptôme.

La sensibilité au toucher n'est pas plus caractéristique, non plus que le moment auquel se produisent les hémorrhagies, ni leur abondance. Tous les autres symptômes sont de même beaucoup trop semblables pour pouvoir éclairer le diagnostic. D'une manière générale, je suis disposé à admettre que, dans l'ulcère rongeant, il y a un peu moins de douleurs aiguës que dans le cancer utérin; qu'il y a moins de fièvre, que les accidents dyspeptiques sont moins prononcés, et que l'émaciation est moins grande. Mais ce ne sont là que de légères nuances, très-variables d'ailleurs, et sur lesquelles on ne peut faire aucun fond.

La véritable base du diagnostic, le seul moyen d'établir entre ces deux formidables affections un diagnostic certain, c'est l'examen direct.

Dans le cancer utérin, il y a un dépôt très-abondant de matières morbides dans le tissu cellulaire et les glandes qui se trouvent entre le vagin et le rectum, entre la vessie et le vagin, aussi bien que dans la substance même de l'utérus; le tout ne forme qu'une masse énorme et qu'on ne peut faire mouvoir. Le doigt, introduit dans le vagin, ne trouve qu'un espace très-restreint, et ne peut imprimer aucun mouvement aux parties avec lesquelles il est en contact.

Dans l'ulcère rongeant, il n'y a de dépôt nulle part: l'utérus est mobile à la moindre pression, et, une partie des organes pelviens ayant été détruite par l'ulcère, il y a au contraire plus de place qu'à l'état sain. En outre, on devrait toujours introduire le doigt dans le rectum et faire un examen très-attentif de l'état du vagin et des parties environnantes. Dans un cas que j'ai eu l'occasion de voir à l'hôpital Saint-Vincent, il y avait un dépôt de matière cancéreuse autour du vagin et du col de la vessie. L'utérus, qui avait les dimensions normales, était intact et complétement mobile. Ce fait démontre l'importance des signes physiques sur lesquels j'ai insisté, et il est une preuve de plus de l'importance d'un examen très-

minutieux en face des difficultés énormes que l'on rencontre quelquefois.

Il faut noter encore que, dans le cancer, il est rare que le dépôt cancéreux commence dans l'utérus. En outre, après la mort, on trouve quelquefois des amas de matière squirrheuse dans les autres organes, le foie, les poumons, etc. Rien de semblable n'arrive dans les cas d'ulcère rongeant.

II. *Avec l'ulcération simple.* — Le diagnostic est fondé sur la grande étendue de l'ulcération, son aspect spécial, l'écoulement fétide de la plaie, les douleurs aiguës accusées par la malade, l'inutilité des remèdes employés, enfin, par tout l'ensemble de malignité de la maladie.

§ III. — Pronostic.

Clarke semble ne pas espérer plus qu'un ralentissement dans la marche fatale de la maladie, et il attribue ce résultat presque négatif moins à la gravité de l'affection qu'à l'état avancé où en sont arrivées les malades quand elles commencent à se faire soigner. Le pronostic s'établit d'après l'étendue de l'ulcération, d'après l'effet produit sur les organes voisins, et enfin d'après la constitution générale. D'ailleurs, l'ulcère rongeant est toujours une maladie très-grave et qui ne laisse que peu d'espoir d'une guérison radicale.

§ IV. — Traitement.

Les moyens de traitement devront naturellement varier suivant la période de la maladie.

Si l'on est consulté avant qu'il y ait encore de plaie, ce qui est bien rare, si même cela arrive jamais, Clarke conseille des déplétions sanguines locales, soit avec des ventouses, soit avec des sangsues, dont on renouvellera même au besoin l'application. A une période peu avancée, les bains de siége peuvent aussi être très-utiles ; mais s'il y a déjà ulcération, doit-on considérer la maladie comme étant au-dessus des ressources de l'art? si l'ulcération n'a pas encore gagné le col de la matrice, est-on justifié à exciser le col utérin? Dans quelques cas, cette opération peut être considérée comme donnant à la malade des chances de vie, et, par conséquent, il est à propos de la pratiquer; mais, ainsi qu'on le verra au chapitre suivant, les résultats ne sont pas assez satisfaisants pour que l'on en espère beaucoup. Quand le corps de l'utérus est déjà atteint, l'amputation est tout à fait inutile. En pareil cas, ce qu'il y a de mieux à faire, ce sont des cautérisations pratiquées à l'aide du spéculum. J'ai fait usage d'acide nitrique, de muriate d'antimoine (beurre d'antimoine), de chlorure de zinc, etc., et si l'on ne guérit l'ulcère, du moins on en arrête les progrès, on met fin aux hémorrhagies, on soulage les douleurs et on diminue l'écoulement. Dans un cas très-grave, je suis convaincu d'avoir prolongé la vie pendant trois ans à l'aide de ces moyens ; dans un autre, la maladie

fut enrayée pendant deux ans, bien que l'ulcère persistât. On renouvelle les applications caustiques suivant l'abondance des hémorrhagies ou suivant l'intensité des douleurs. Ce sera tantôt une fois par semaine, tantôt une fois par mois; il faut intervenir aussi rarement que possible, à moins que l'irritation locale ne soit très-considérable.

Isaacs a rapporté un cas d'ulcère rongeant dans lequel il a fait usage du cautère actuel à plusieurs reprises avec un succès qui n'était que temporaire, après quoi il a excisé tout le col, il a arrêté l'hémorrhagie avec le cautère, et la femme a fini par guérir. Il ne dit pas pour combien de temps (1).

Je me suis bien trouvé d'appliquer sur le sacrum un vésicatoire ou un cautère. Quand on ne peut faire usage du spéculum, des injections de nitrate d'argent seront momentanément utiles; elles diminuent l'intensité de la douleur et enlèvent à l'écoulement toute sa fétidité. On injectera deux fois par jour dix, vingt, trente grains de nitrate d'argent dissous dans deux ou trois onces d'eau.

Si ces moyens ne suffisent pas pour arrêter les progrès de la maladie, ou si, par suite de circonstances particulières, on ne peut y avoir recours, on n'aura plus à espérer que de pouvoir pallier les symptômes les plus graves. Les calmants, tels que l'opium, la belladone, seront administrés pour soulager les douleurs. Des injections astringentes seront prescrites pour diminuer les hémorrhagies, et l'on aura recours à des injections mucilagineuses ou aqueuses pour laver le vagin et prévenir les excoriations. Le chanvre indien est ce qui m'a été le plus utile pour arrêter les hémorrhagies, à la dose de cinq gouttes, trois ou quatre fois par jour, dans de l'eau sucrée. Jusqu'à un certain point, ce médicament agit aussi comme calmant. La propreté la plus scrupuleuse doit être observée, et on lavera deux ou trois fois par jour les parties externes avec du lait tiède et de l'eau. On entretiendra la liberté du ventre avec des purgatifs doux ou des lavements; les accidents dyspeptiques seront combattus par des mixtures aromatiques ou par un mélange de rhubarbe et des pilules bleues (pilules mercurielles). Le régime sera substantiel et doux tout à la fois, et l'on aura recours aux stimulants dans une très-faible proportion, à cause des hémorrhagies qu'ils pourraient ramener.

En 1843, il se présenta à Western lying in Hospital un cas d'ulcère rongeant qui avait sans doute commencé pendant la grossesse, mais qui ne fut découvert qu'après l'accouchement.

J'ai vu un cas de ce genre, la malade devint enceinte après que je l'avais examinée et diagnostiqué la nature de son affection, elle mourut aussitôt après l'accouchement.

De ces divers cas je tirerai les conclusions suivantes :

1° A ma connaissance, ces cas que je viens de rapporter sont les seuls

(1) Isaacs, *New-York Journal of Medicine*, janvier 1856, p. 46.

où il y ait eu coïncidence d'ulcère rongeant et de grossesse, à moins que les faits décrits par madame Lachapelle (1) et d'autres auteurs français comme des cas de cancer, ne puissent se rapporter à cette maladie. Dans la première observation, la maladie a-t-elle débuté avant ou après la grossesse? Je ne puis en être sûr, mais je serais plutôt porté à croire qu'elle datait de cinq ou six mois auparavant.

2° Il est à remarquer que la rupture du col utérin, qui se produisit évidemment pendant le travail, ne fut accompagnée d'aucune douleur subite très-violente et ne fut pas suivie de collapsus ;

3° Que la péritonite qui survint ensuite, quoique fort étendue, ne fut que très-légèrement indiquée par les symptômes. Le pouls n'était que fort peu modifié, l'abdomen ne se tuméfia que la veille de la mort, et enfin la sensibilité à la pression était comparativement très-légère.

CHAPITRE IX

TUBERCULES DE L'UTÉRUS (2)

[De tous les auteurs qui ont traité des maladies des organes génitaux de la femme, Boivin et Dugès et Scanzoni sont les seuls qui aient consacré quelques pages à la tuberculose de l'utérus. Jusqu'en 1831, époque à laquelle M. Reynaud publia un mémoire sur le sujet, à peine cette affection est-elle signalée d'une façon même incidente. L'obscurité des symptômes souvent cachés par les phénomènes plus graves se montrant du côté d'autres organes importants (poumons, intestins, péritoine), explique suffisamment le peu de compte qu'on avait tenu de cette lésion, jusqu'à un moment où des études anatomo-pathologiques plus complètes en ont démontré l'existence réelle et même indépendante de toute autre altération. Les travaux de Aran, de Bernutz et Goupil, Siredey, en France, sont venus appeler l'attention sur cette localisation de la diathèse tuberculeuse. Enfin, Brouardel, mettant à profit les travaux de ses devanciers, a recueilli les éléments épars qui lui ont servi à compléter ses recherches personnelles. Aussi lui emprunterons-nous beaucoup pour faire de la tuberculisation des organes génitaux de la femme une description.

(1) Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III.

(2) Bibliographie. — Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 305. — Reynaud, *De l'affection tuberculeuse de l'utérus* (*Arch. gén. de méd.*, août 1831, 1re série, t. XXVI, p. 486). — Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1858, p. 103, 167 et 199. — Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*. Paris, 1858, p. 235. — Bernutz et Goupil, *Clinique médicale des maladies des femmes*. Paris, 1860-62. — Brouardel, *De la tuberculisation des organes génitaux de la femme*, thèse inaugurale. Paris, 1865.

M. Brouardel, après quelques considérations générales consacrées à l'influence qu'exercent les diathèses sur les fonctions utérines, étudie le tubercule en lui-même pour en arriver à ces conclusions, que ce n'est pas une lésion, toujours *une*, que le vrai tubercule se développe toujours dans le tissu connectif, que le produit dont il étudie l'évolution dans les organes génitaux est un produit se développant, il est vrai, chez les sujets tuberculeux ou scrofuleux, mais n'ayant du vrai tubercule ni les caractères anatomiques, ni les caractères cliniques ; il l'appelle produit tuberculeux ou phymatoïde, ou bien il lui donne le nom de *tubercule en nappe*, aussi différent du vrai tubercule que l'inflammation franche, aiguë, chez un individu sain de toute diathèse, est différente de l'inflammation chez un scrofuleux. L'examen des faits, l'observation microscopique faite par les auteurs les plus autorisés sont venus confirmer ces opinions.

Dans tous les cas rapportés par M. Brouardel, le tubercule est, en effet, déposé en nappe, en couche plus ou moins épaisse sur la muqueuse utérine, comme on le voit quelquefois revêtir d'autres cavités muqueuses, ou certaines cavités accidentelles (cavernes). Cette forme se distingue de la forme granuleuse par la lenteur de son développement, par sa marche progressive, enfin, par sa localisation plus marquée. En outre, cette nappe tuberculeuse se développe presque toujours chez les scrofuleux; là une inflammation antérieure semble avoir préparé un terrain plus favorable à son éclosion et à son développement.

C'est cette forme du tubercule qu'on observe presque constamment dans les organes génitaux de la femme.

§ I. — Causes.

Moins rare que n'aurait pu le faire supposer l'ignorance où l'on était resté sur ce sujet jusqu'en ces dernières années, la tuberculisation de l'appareil utérin a été, suivant Namias (1), constatée 12 fois chez 100 phthisiques. Dittrich (2) a trouvé une proportion beaucoup moindre, puisque sur quarante phthisiques la tuberculose utérine n'avait été observée qu'une fois. M. Brouardel a pu en réunir 56 cas. Wilh. Geil (3), Kiwisch (4), Paulsen (5), en ont publié un certain nombre. En somme, on voit que c'est une affection relativement peu commune, si l'on considère pour quelle part la tuberculisation entre dans les maladies de certains autres organes.

(1) G. Namias, *Sulla tuberculosi dell' Utero e degli organi ad esso attenenti*, 1er mém. (*Mem. dell' instituto stesso.* Venezia, 1858, vol. VII.) 2e mémoire (*id.* Venezia, 1861, vol. IX, p. 7).

(2) Dittrich, *Mémoires de l'Institut de Prague.*

(3) Geil, *Ueber die Tuberculose der weibl. Genitalien.* Inaug. Abhandl. Erlangen, 1851.

(4) Kiwisch, *Klinische Vortrage.* Prag, 1849, t. I, p. 240.

(5) Paulsen, *Schmidt's Jahrbucher*, 1853, t. LXXX.

C'est surtout pendant la période d'activité de l'utérus, entre vingt et quarante ans, que les femmes sont le plus exposées à cette affection; cependant on en a observé quelques exemples chez de très-jeunes enfants et chez des vieilles femmes.

De toutes les causes, celle qui joue le rôle le plus important c'est sans contredit la scrofule, témoin ces faits de tuberculose utérine où il existait primitivement chez les malades des lésions osseuses graves, avec dépôt de matière tuberculeuse dans les articulations (1) et dans d'autres organes.

Les inflammations des organes contenus dans le petit bassin, surtout chez les femmes prédisposées, viennent déterminer la localisation du produit tuberculeux dans l'utérus ou ses annexes; aussi, comprendra-t-on sans peine que les avortements, les grossesses répétées, agiront dans ce sens, soit en affaiblissant la constitution, soit en occasionnant de ces inflammations si communes dans l'état puerpéral. Namias (2) et Rokitansky (3), en signalant cette cause, font remarquer que c'est le plus souvent la surface d'implantation du placenta qui est le siége du dépôt tuberculeux.

Il n'est pas douteux que la phthisie, qui exerce une influence si marquée sur les fonctions de l'utérus en dehors de toute localisation tuberculeuse (4) dans l'organe, ne soit par cela même une cause à ajouter à celles que nous venons de signaler.

§ II. — Symptômes.

La symptomatologie de la tuberculose utérine, il faut le dire, est bien pauvre; souvent, en effet, on est réduit à en soupçonner seulement l'existence; plus souvent encore elle est méconnue, soit à cause de la prédominance des symptômes graves auxquels donnent lieu les affections concomitantes d'autres organes, soit à cause de l'analogie qui existe entre les signes locaux ou généraux de beaucoup d'affections utérines plus communes que la tuberculisation.

Si la tuberculisation générale existe chez des malades déjà frappées de tuberculisation générale, outre les signes de la phthisie, on constate quelques phénomènes locaux qui, pris à part, n'ont certes pas une valeur absolue, mais qui, réunis, peuvent quelquefois amener le médecin à diagnostiquer cette lésion.

Au début on ne constatera guère que les signes de la métrite chronique,

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. IV, p. 674. — Crocq, *Archives générales de médecine*, 5e série, t. XVI, 1860, p. 215.
(2) Namias, 2e mémoire, p. 5.
(3) Rokitansky, *Pathologische Anatomie*, t. III, p. 549.
(4) Aran, *Leçons cliniques sur les mal. de l'utérus et de ses annexes*. 1858, p. 103-167.

sensation douloureuse plus ou moins vive dans le bassin, dans les reins, les aines, besoin d'uriner, etc., et surtout leucorrhée abondante si commune chez les phthisiques, et que M. Brouardel regarde comme le prélude de l'évolution tuberculeuse dans l'utérus. Les douleurs n'irradient point comme dans les névralgies ou les dysménorrhées. Si le péritoine est pris comme il arrive le plus souvent, les douleurs sont très-vives. Les troubles de la menstruation sont si fréquents au début de la phthisie, et plus souvent encore à une période plus avancée, qu'ils ne peuvent, dans l'affection qui nous occupe, constituer un signe de quelque valeur que dans les cas où la tuberculisation utérine existe seule. Alors l'aménorrhée est la forme sous laquelle se montrent les troubles menstruels, rarement on a observé la ménorrhagie. Tyler Smith, Kiwisch et madame Boivin en ont cependant cité des exemples. Les écoulements sont tantôt transparents, tantôt opaques, ils sont blancs, jaunâtres, verdâtres, d'une odeur désagréable ; suivant M. Pelvet (1) et Tyler Smith (2), cette odeur rappellerait quelquefois celle du cancer. Somme toute, ce signe, qu'il est bon de noter, n'offre cependant pas une valeur bien grande au point de vue du diagnostic.

On a signalé aussi le prurit vulvaire qui n'offre, en pareil cas, rien de spécial. On comprendra que les rapprochements sexuels, surtout dans les cas si fréquents où il existe de la pelvi-péritonite, soient douloureux et même quelquefois impossibles. Enfin M. Nonat a décrit une forme d'entérite qu'il désigne sous le nom d'*entérite glaireuse* (3), due peut-être à la propagation de l'inflammation du voisinage.

Le palper abdominal et le toucher fourniront au médecin des renseignements précieux. Par la palpation, on constate que l'utérus est augmenté de volume, quelquefois dans des proportions considérables (4), que les annexes sont ou non hypertrophiés; on explore aussi par ce moyen la sensibilité des parties contenues dans le bassin. S'il existe, comme c'est la règle, de la péritonite chronique, la sensibilité du ventre, le relief des anses intestinales distendues par des gaz et reliés entre elles par des fausses membranes, donnent à la palpation cette sensation de rénitence sur laquelle Grisolle insiste avec tant de raison. Si la maladie que nous décrivons se révèle par de la pelvi-péritonite, la malade, quelquefois sans cause apparente, est prise à une époque menstruelle de douleurs aiguës dans le bas-ventre, de nausées, de vomissements, de ballonnement du ventre. En même temps il y a de la fièvre : au bout de peu de jours ces symptômes perdent de leur acuité, mais le mal, arrivé à cette période, reste stationnaire, puis il y a des poussées successives venant s'enter sur une

(1) Pelvet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1863, p. 285.
(2) Tyler Smith, in Brouardel, obs. XLIII.
(3) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, p. 373.
(4) Crocq, obs. VII de Brouardel.

inflammation chronique; quelquefois la suppuration arrive assez vite, et peut ajouter une cause d'épuisement à celles qui existent déjà. D'autres fois, par une sorte de balancement comme l'appelait Aran, la prédominance de ces symptômes utérins et péritonéaux fait taire pour un temps les symptômes pectoraux et fait croire quelquefois à une guérison qui est généralement de courte durée.

La pelvi-péritonite reste, dans presque tous les cas, limitée lorsqu'elle coexiste avec la tuberculisation des organes génitaux.

Par le toucher, on constate que le col utérin n'est plus dans l'axe du vagin, il est le plus souvent repoussé en arrière et immobilisé dans la situation anormale qu'il occupe, il est plus volumineux, l'orifice ne laisse pas pénétrer l'extrémité du doigt. Les culs-de-sac vaginaux, surtout le cul-de-sac postérieur, sont inégaux, bosselés, interrompus par des brides; l'utérus est plus volumineux, immobile, douloureux si on lui imprime un mouvement un peu brusque. Enfin, on constate que le corps et le col ne sont plus dans leurs axes respectifs, et la rétroflexion est la déviation la plus fréquemment observée. Si, à ces signes qui sont ceux de la pelvi-péritonite, on ajoute qu'en déprimant le cul-de-sac postérieur, on constate de petites bosselures moniliformes non fluctuantes, douloureuses, dures, arrondies, etc., enfin, que le doigt sent les annexes utérines dans le cul-de-sac utéro-rectal, on aura les éléments précieux d'un bon diagnostic. M. Brouardel cite une observation où ce dernier signe a suffi à M. Boucher de la Ville-Jossy pour diagnostiquer l'affection qui nous occupe.

Observation I. — *A la suite d'une menstruation, douleurs hypogastriques et ballonnement du ventre. Aux deux époques menstruelles suivantes, retour d'accidents semblables, mais qui paraissent avoir été de plus en plus graves à chacune des recrudescences. — Quinze jours après la troisième recrudescence, la malade se décide, à cause de l'intensité des douleurs hypogastriques qui persistent depuis la dernière époque, à entrer à l'hôpital. — Tumeur occupant la fosse iliaque droite et se continuant dans le cul-de-sac vaginal correspondant; rudesse de la respiration au sommet des poumons; progrès de la tumeur périutérine, en même temps que la tuberculisation pulmonaire suit une marche assez rapide. Mort. — Tubercules des trompes, péritonite pelvienne, cavernes pulmonaires.* — Le 30 novembre 1860, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Boucher de la Ville-Jossy, salle Sainte-Cécile, n° 23, G... (Corinne), âgée de vingt et un ans, dentelière, née à Paris, qui est venue demander son admission, parce que depuis assez longtemps elle souffre du bas-ventre.

Cette femme est accouchée régulièrement il y a cinq à six mois, les suites de couches ont été normales. Les accidents, suivant le récit de la malade, datent de quatre mois à peu près, ils sont survenus, sans cause connue, à la suite des règles; le ventre est devenu douloureux, et a offert un ballonnement assez considérable qui a persisté pendant quelques jours, puis a disparu lorsque les douleurs ont diminué. Depuis cette époque, les douleurs abdominales, à deux reprises, ont recouvré tout à coup une intensité semblable ou plus grande

que celles qu'elles avaient offertes au début; le ventre s'est de nouveau ballonné, puis a cessé de l'être au bout de quelques jours, en même temps que les douleurs se sont amendées. Ces deux recrudescences se sont produites toutes deux quelques jours après les règles. La dernière a eu lieu il y a quinze jours : depuis celle-ci, bien que le ballonnement du ventre ait disparu après quelques jours de durée, comme dans les premières attaques, la malade est restée en proie à des douleurs hypogastriques assez intenses; elles sont plus vives dans la fosse iliaque droite. On trouve dans cette région une tumeur douloureuse à la pression, dure, parallèle au ligament de Fallope, qu'elle dépasse d'un travers de doigt seulement, et qui se trouve en connexion intime avec l'induration que le toucher fait constater dans le cul-de-sac vaginal droit.

Cette exploration fait reconnaître que l'utérus est légèrement dévié, dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, mobile, mais que les mouvements qu'on lui imprime sont douloureux. Le cul-de-sac vaginal antérieur est souple, le cul-de-sac gauche est libre, le cul-de-sac postérieur présente une légère saillie qui paraît constituée par le corps de l'utérus en rétroflexion. Le cul-de-sac droit, souple dans sa partie externe, offre, accolée au bord correspondant de l'utérus, une tumeur dure, bosselée, dont la partie accessible au doigt offre le volume d'une noix, et qui paraît se confondre supérieurement avec la tumeur perçue dans la fosse iliaque droite. Cette femme, pâle, anémique, d'une constitution assez détériorée, présente au-dessous des clavicules une rudesse de la respiration caractéristique, mais sans aucune autre signe de tuberculisation.

Malgré le repos et les moyens mis en usage, l'affection génitale, au lieu de s'amender, fait pendant le mois de décembre de sensibles progrès; les règles sont irrégulières; la tumeur placée dans le cul-de-sac droit augmente et envahit le cul-de-sac postérieur; cette tumeur offre des bosselures et une sensation toute spéciale au toucher. A la rudesse de la respiration ont succédé les signes manifestes d'une tuberculisation à marche assez rapide. Aussi M. Boucher, se fondant sur les caractères spéciaux que présente au toucher la tumeur périutérine, ses bosselures, sa marche progressive en même temps que la tuberculisation pulmonaire suit une marche rapidement funeste, se crut-il autorisé, au commencement de janvier, à diagnostiquer une ovarite tuberculeuse.

En janvier et février, les accidents, loin de s'amender, vont chaque jour empirant. La malade, dont les symptômes périutérins n'ont présenté que quelques alternatives d'amendement et de recrudescence, s'affaiblit graduellement, et succombe, le 18 avril 1861, aux progrès de sa tuberculisation pulmonaire, quinze jours après avoir eu encore un léger écoulement sanguin par la vulve (perte peu abondante), et conservant son intelligence jusqu'au dernier moment.

Autopsie. — Excavations tuberculeuses aux sommets des deux poumons, tubercules ramollis dans le reste de leur étendue. Le péritoine, tant viscéral que pariétal, est parsemé de granulations miliaires, tuberculeuses ou plastiques, du volume d'une tête d'épingle, vers la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen. La matière tuberculeuse devient plus abondante; elle forme dans l'épaisseur du péritoine de petites masses aplaties qui occupent en ce point presque toute l'étendue de la séreuse, et se prolongent avec elle

jusque sur le fond de l'utérus. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin a disparu par suite du dépôt des produits plastiques dont il est rempli.

L'utérus n'offre pas d'altération appréciable dans sa texture. Les *trompes sont littéralement farcies de matière tuberculeuse* en voie de ramollissement, ce qui leur donne un aspect noueux, bosselé ; les pavillons eux-mêmes présentent les mêmes altérations, et forment sur les parties latérales de l'utérus des tumeurs bosselées du volume d'un œuf de pigeon. *C'est une de ces tumeurs que M. Boucher avait sentie pendant la vie dans le cul-de-sac vaginal droit et qui lui avait fait croire à une ovarite tuberculeuse.*

Les ovaires sont plus rapprochés de l'utérus qu'à l'état normal ; leur parenchyme est remplacé des deux côtés par un épanchement sanguin qui paraît remonter à quelques jours, sorte d'apoplexie des deux ovaires. Adhérences filamenteuses, excessivement nombreuses dans le cul-de-sac rétro-utérin, qui se continuent avec les adhérences qui réunissent et confondent pour ainsi dire les organes génitaux entre eux à l'S iliaque et au rectum.

Le toucher rectal, dans certains cas, pourra fournir à ces signes un complément utile lorsque la dépression du cul-de-sac postérieur aura été difficile et n'aura pas permis de saisir avec précision les détails que nous avons signalés. L'examen, par le spéculum, n'apprendra rien si ce n'est que quelquefois le col est le siége d'exulcérations, quelquefois même d'ulcérations profondes qui, généralement, n'ont aucun caractère spécial.

Le plus souvent, comme nous venons de le dire, la phthisie ouvre la scène, et la tuberculisation envahit plus tard les organes génitaux. Cependant il n'en est pas toujours ainsi : ceux-ci peuvent être frappés les premiers, ou bien être seuls atteints. M. Siredey (1) a publié un exemple remarquable de tuberculisation isolée des trompes et du péritoine, mais on peut se demander si, dans ce cas, des accidents imprévus n'avaient pas frappé la malade d'une mort prématurée, la tuberculisation générale ne serait pas venue assimiler cette observation à celle qu'a publiée Tyler Smith (tuberculose primitive de l'utérus et des ovaires, tuberculisation pulmonaire consécutive ayant occasionné la mort) (2).

L'observation suivante, due à R. J. Tomlinson (3), nous montre la tuberculisation envahissant l'utérus, les trompes et les ovaires, avec cette particularité que l'utérus avait acquis un volume considérable sans qu'il y eût de tubercules dans aucun autre organe.

Observation II. — En juillet 1860, je fus consulté par une demoiselle âgée de cinquante-cinq ans pour un écoulement utérin abondant dont elle disait être affectée depuis deux ans. Il avait commencé deux ans après la cessation de la fonction menstruelle. Elle ne perdait pas de sang, mais un liquide insi-

(1) Siredey, *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines*, thèse inaugurale. Paris, 1860.
(2) Tyler Smith, *London Journal*, février 1852.
(3) Tomlinson, *Obstetr. Transact.* 1864, vol. V, p. 174.

pide, d'une couleur jaune sale ou brun pâle, sans odeur. Cette perte ne s'accompagnait pas de douleurs; elle ne venait pas comme un flot, mais elle continuait nuit et jour.

Je connaissais cette dame et sa famille depuis plusieurs années. Elle avait toujours eu une santé supportable, mais elle était maigre et pâle. Deux de ses sœurs, alors que déjà elles avaient franchi le milieu de la vie, avaient succombé à une affection cérébrale; une autre sœur était morte de fièvre à un âge moins avancé; mais dans la famille je n'avais trouvé aucune tendance à la phthisie.

Un examen attentif de l'utérus ne me fit découvrir rien d'anormal. J'ordonnai pour injection dans le vagin une solution assez forte d'alun et de zinc, des bains de siége froids, du quinquina et un régime tonique. Ce traitement fut continué plusieurs mois sans qu'il survînt aucune modification dans les symptômes. L'écoulement augmenta plutôt de quantité, mais sans modification dans ses caractères. Dans le courant de 1861, j'appelai en consultation le docteur West; ce gentleman, après deux examens, fut incapable de décider la nature de l'affection. Il prescrivit des injections avec la teinture de perchlorure de fer, et recommanda de surveiller attentivement la marche ultérieure de la maladie.

Notre malade resta à peu près dans le même état jusqu'au mois de juin; à cette époque, elle se plaignit de douleurs dans le dos et le bassin, douleurs qui augmentèrent graduellement, de sorte qu'il fallut, pour la soulager, lui prescrire de la morphine à doses fractionnées. L'utérus avait sensiblement augmenté de volume, de sorte qu'un médecin très-expérimenté qui la vit avec moi vers cette époque crut à l'existence dans l'utérus d'une tumeur fibreuse. L'appétit était faible; il n'y avait pas de toux. Des nausées fréquentes et de la diarrhée par intervalle fatiguaient la malade. Le pouls augmenta de fréquence. La malade maigrit, il survint de l'œdème des jambes et des pieds; la bouche et la gorge furent envahies par le muguet, et ce fut dans cet état que la malade succomba le 19 octobre, quinze mois après l'époque où elle m'avait consulté pour la première fois.

Nous fîmes l'autopsie deux jours après la mort avec l'aide de notre collègue M. Lowe. Nous trouvâmes les viscères thoraciques et abdominaux sains, à l'exception du foie, qui était augmenté de volume et était en dégénérescence graisseuse.

L'utérus avait le volume qu'il présente au troisième mois de la grossesse, il avait plus de 5 pouces du fond à l'orifice, et au lieu de son aspect piriforme il avait une apparence anguleuse, due à la proéminence considérable de ses angles aux points où s'insèrent les trompes. Le col était très-hypertrophié; l'utérus, les trompes et les ovaires étaient remplis par des masses tuberculeuses, entourées par une matière jaune, épaisse. En enlevant cette matière, la membrane interne de l'utérus présentait des ulcérations superficielles qui s'étendaient jusqu'au col, où elle devenait parfaitement saine; cet état lui donnait l'apparence d'un rayon de miel. En ouvrant les trompes, on en faisait sortir par expression et sous forme de jets de petites masses variant du volume d'un gros plomb à celui d'une fève; ces petites masses étaient fermes au centre et plus ou moins ramollies à leur surface.

Il n'y avait point de tubercules dans les poumons ni dans aucun autre organe.

Sauf les accidents locaux ou généraux déterminés par la tuberculisation pulmonaire, les symptômes ne différeront pas de ceux que nous avons décrits précédemment, c'est dire une fois de plus quelle difficulté on aura, surtout dans un cas de phthisie génitale primitive, à porter un diagnostic précis.

§ III. — Diagnostic.

D'après ce qui vient d'être dit, on voit qu'en pareille occurrence l'erreur est facile et le diagnostic clinique souvent impossible. Comme le dit M. Brouardel, « à moins de circonstances exceptionnellement favorables, « on ne pourra pas arriver à un diagnostic absolu à une seule séance. En « effet, pour nous il y a trois éléments de diagnostic : 1° l'état général de « la malade, ses antécédents pouvant indiquer l'existence de la diathèse « tuberculeuse ; 2° les moyens tirés de l'examen local; 3° la marche de « la maladie, celui des trois éléments qui fournit, suivant nous, les plus « précieuses indications. »

Ainsi, la malade est scrofuleuse ou tuberculeuse, l'utérus est dévié et modifié dans son volume, on trouve par le toucher vaginal ou rectal les annexes dans le cul-de-sac postérieur, on observe des inflammations successives du péritoine pelvien, celles que M. Gosselin désigne sous le nom d'*inflammation sub-aiguë* avec redoublements. En dehors de l'état puerpéral, ces inflammations du péritoine pelvien arrivent à suppuration plus rapidement que dans la pelvi-péritonite simple, tels sont les symptômes principaux qui pourront donner quelque fondement au diagnostic.

Les présomptions, on le voit, pourront être fortes, mais rarement la certitude sera complète.

§ IV. — Pronostic.

Il n'est presque pas besoin d'ajouter que le pronostic d'une pareille affection, soit qu'elle existe primitivement, soit qu'elle survienne secondairement, est très-grave, mais de même que dans les poumons on voit les tubercules s'arrêter dans leur évolution, on peut aussi espérer que, dans l'utérus, ils peuvent subir les mêmes influences heureuses et arriver à guérison, soit par élimination, soit par transformation des produits morbides, comme Kiwisch dit en avoir observé un exemple. Quoi qu'il en soit, les réserves à faire en pareil cas sont très-bornées ; en thèse générale, on peut dire que la mort est la conséquence à peu près fatale de cette affection. Les rémissions ne sont pas rares, mais il ne faudra pas se laisser abuser par ces apparences trompeuses.

§ V. — Anatomie pathologique.

On observe quelquefois, mais très-exceptionnellement; dans l'utérus des dépôts de granulations grises. Dans la forme que M. Brouardel décrit

comme la forme commune type, le dépôt ne se fait pas dans le tissu même de l'utérus, mais à la surface de la muqueuse qui est recouverte d'une matière caséo-purulente plus ou moins épaisse, on rencontre ce dépôt dans le corps de l'utérus, très-rarement dans le col. La muqueuse n'est pas toujours altérée, et on peut assez facilement en séparer ces dépôts caséeux. Elle est quelquefois un peu épaissie, la rougeur en est légèrement augmentée. On rencontre le plus souvent la couche tuberculeuse à la partie supérieure, vers le fond de l'organe, et, s'il s'est produit chez une femme récemment accouchée, il occupe généralement la surface d'insertion du placenta (1). M. Namias (2), après avoir admis dans un premier travail cette forme comme la plus commune, dans un second mémoire montre qu'elle n'est pourtant pas la seule, et que le tubercule peut exister aussi dans l'épaisseur du tissu utérin (3).

Le volume de l'utérus s'accroît jusqu'à prendre deux ou trois fois les dimensions qu'il a dans l'état normal, à mesure que la maladie fait des progrès les parois utérines deviennent plus minces, à ce point qu'il a quelquefois été impossible de déterminer exactement dans quel tissu siégeait la lésion. Cette augmentation de l'utérus est loin d'être la règle, mais lorsqu'elle existera, elle constituera évidemment un excellent élément de diagnostic. MM. Crocq (4), Senn (de Genève) (5), Namias (6), Viallet (7), ont publié à ce propos des observations où l'on constate ce développement de l'utérus.

Enfin, il est rare que le tubercule ait envahi l'utérus sans qu'on le retrouve dans les annexes, et surtout comme nous l'avons déjà fait pressentir dans le péritoine pelvien où retentissent si facilement les affections des organes génitaux. Si cette membrane n'est pas le siége de dépôts tuberculeux, on peut toujours affirmer qu'on y rencontrera les traces d'inflammation plus ou moins récente, et comme cette inflammation offre ce caractère spécial de se montrer par bouffées successives, on trouvera des adhérences, des brides souvent en nombre considérable. Ces adhérences, ces brides, déterminent entre les organes pelviens des rapports nouveaux auxquels le hasard seul ne préside pas, puisque dans un grand nombre de cas, comme le fait observer M. Brouardel, ils se présentent identiques à ce point qu'on a pu regarder comme un signe de la tuberculisation des organes pelviens la présence des annexes utérines dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

(1) Cornil, obs. citée par Brouardel, thèse, 1865, p. 44.
(2) Namias, 1er mémoire déjà cité.
(3) Brouardel, obs. IV.
(4) Crocq, *Archives générales de médecine*, 1860.
(5) Senn, *Archives générales de médecine*, 1831, 1re série, t. XXVII, p. 282.
(6) Namias, Premier mémoire.
(7) Viallet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1849, p. 89.

§ VI. — Traitement.

Dans la tuberculisation utérine comme dans la phthisie pulmonaire, la médecine n'offre que des ressources bien limitées, mais la phthisie est curable ; pourquoi n'en serait-il pas de même de la phthisie génitale? Les mêmes moyens devront être mis en usage : toniques, reconstituants, antiscrofuleux. Ainsi, l'huile de foie de morue, les préparations iodées, les bains sulfureux, etc., l'exercice modéré au grand air, le séjour à la campagne, et enfin les eaux minérales sulfureuses, celles des Pyrénées prises en boisson, en bains et en douches, auront de grands avantages; quelle que soit la médication à laquelle on aura recours, on ne devra jamais perdre de vue l'état des organes thoraciques. En somme, tous les moyens qui tendront à maintenir ou à rétablir l'intégrité des fonctions digestives et à soutenir les forces de la malade seront toujours les plus utiles, sauf à tenir compte des indications du moment. Par exemple, l'invasion d'un de ces accès de pelvi-péritonite dont nous avons parlé viendra évidemment modifier le traitement. Dans ce cas, on traitera la complication inflammatoire comme si elle était indépendante de toute altération tuberculeuse, sans oublier toutefois que l'état des forces est à ménager et que les rechutes sont fréquentes.]

CHAPITRE X

ANTÉFLEXION ET ANTÉVERSION DE L'UTÉRUS (1)

§ I. — Anatomie normale.

Avant de décrire les divers déplacements pathologiques que l'on rencontre, nous appellerons d'abord l'attention des médecins sur plusieurs dispositions d'anatomie normale.

(1) Bibliographie : William Hunter, *Remarks on wall's case* (*Medical observ. and inquiries*. London, 1771, vol. IV, p. 338 et suiv.), et *Anatomia uteri humani gravidi*. Birmingham, 1774. — Jourdan, *Dict. des sciences méd.* Paris, 1818, t. XXIII, p. 275, art. hystérologie. — Ameline, *Essai sur l'antéversion de l'utérus*, thèse. Paris, 1827, n° 55. — Nauche, *Des maladies particulières aux femmes*. Paris, 1829, t. I. — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 195. — Hervez de Chégoin, *De quelques déplacements de la matrice et des pessaires* (*Mém. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1833, t. II, p. 319). — Gooch, *Lectures on midwifery*, edited by Skinner, p. 117 et 119. — Dezanneau, *De l'obliquité antérieure de la matrice*. Paris, 1835. — Lacroix, *De la rétroversion et de l'antéversion* (*Annales de la chirurgie*, Paris, 1845, t. XIII, p. 420). — Desormeaux et P. Dubois, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes t. XXX. Paris, 1846, p. 373. — Baud, *Déviations et engorgements de l'utérus*. Paris 1850. Voy. rapport de M. Hervez de Chégoin (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, 1849, p. 58), et discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part MM. Gibert, Velpeau, Malgaigne, Moreau, Jobert, A. Robert, Huguier, P. Dubois, Récamier. —

I. Je pense que chez la femme l'obliquité du bassin est plus grande que chez l'homme. Chez la femme en position debout, la face antérieure de la symphyse est presque horizontale ; on reconnaît cette disposition à la simple inspection. De plus, je pense que l'axe de la circonférence supérieure est beaucoup plus horizontal qu'on ne l'avait cru, et que cette disposition persiste dans la position assise.

II. En dehors de l'état de grossesse, je pense que l'axe de l'utérus correspond ordinairement à celui du détroit supérieur ; que, bien loin de se continuer avec celui du vagin, cet axe est presque à angle droit avec l'axe vaginal ; mais comme l'utérus n'est pas maintenu en place d'une manière absolue par ses ligaments, et, d'autre part, comme la vessie et le rectum changent sans cesse de forme et, par suite, de position, il résulte que l'utérus a une certaine latitude dans les mouvements, et que bien des changements de positions sont sans importance, du moment qu'ils sont temporaires (fig. 130).

Fig. 130. — Coupe du bassin à l'état de vacuité (*).

III. Au premier degré d'un changement permanent et, par suite, nuisible dans la position de l'utérus, l'organe, par l'effet d'une cause quelconque, prend une direction plus verticale, qu'il y ait ou non une dépression ; ce changement de position est le début d'un prolapsus ou d'une rétroversion.

IV. Le moindre changement en ce sens donne lieu à des symptômes morbides notables. L'examen direct et les renseignements fournis par les malades le prouvent. Les premiers symptômes sont quelquefois ceux auxquels donnerait lieu l'abaissement de l'organe, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et cela même chez des jeunes filles vierges. La preuve en est qu'on fait disparaître les douleurs en poussant en avant le fond de l'utérus, de manière à le ramener à son axe normal. En général, si l'on déprime l'utérus, on augmente la sensation de pesanteur ; quelquefois cependant cette dépression ne donne lieu à aucune gêne ni à aucune douleur : les femmes marchent ou se tiennent debout, comme dans le meilleur état de santé, pourvu toutefois que l'axe de l'organe ne

Grimaud, *De l'antéversion de la matrice à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852. — Piachaud, *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852. — Cusco, *De l'anteflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853. — Guyon (Félix), *Des cavités de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1858. — J. P. Picard, *Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité*. Paris, 1862, avec figures.

(*) 1, utérus; 2, vessie; 3, rectum. (Chailly.)

soit pas dérangé. On trouve souvent un engorgement de l'extrémité du col, ce qui est une cause que le col vient appuyer sur le périnée. J'ai souvent rencontré cette disposition sans qu'il en résultât aucun inconvénient pour la malade.

Il faut donc tenir grand compte de la direction de l'axe utérin, aussi bien que de sa position générale dans le bassin.

§ II. — Définition.

L'antéflexion (fig. 131) et l'antéversion (fig. 132) de l'utérus, sont des déplacements par suite desquels l'utérus occupe une position transversale dans le bassin, le fond étant tourné vers la symphyse du pubis.

§ III. — Fréquence.

L'antéflexion ou l'inclinaison du corps de l'utérus sur le col peut se rencontrer en dehors de l'état de grossesse, bien que le fait soit rare.

L'antéversion de l'utérus en dehors de la grossesse est une disposition d'après laquelle le fond de l'organe est projeté en avant et le col en arrière. Ce fait est plus fréquent qu'on ne l'avait supposé. J'avoue cependant que j'ai très-rarement rencontré des déviations de ce genre assez prononcées pour causer des douleurs en dehors des affections organiques. Valleix (1) rapporte que, sur 68 cas de déviations utérines, il a vu 11 antéflexions, 12 rétroflexions, 24 antéversions avec ou sans flexion, et 21 rétroversions avec ou sans flexion.

Paul Dubois (2) considère la rétroversion comme plus fréquente que la rétroflexion. Boulard a fait à ce sujet des recherches très-curieuses. Il a vu que chez le fœtus l'utérus est presque toujours en antéflexion ; et sur 27 femmes adultes n'ayant jamais eu d'enfant, 19 filles de deux à treize ans, 17 fœtus femelles à terme, il a trouvé presque constamment de l'antéflexion (3). Ces observations, combattues par M. Depaul (4), ont été confirmées par M. Porchat.

[M. Verneuil et Follin ont également constaté que l'antéflexion existait à l'état physiologique chez l'enfant nouveau-né et chez la femme vierge. Aran a noté cette disposition anatomique à un moindre degré chez la

(1) Valleix, *Leçons cliniques sur les déviations utérines* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1851 et 1852; *Leçon faite à l'hôtel-Dieu de Toulouse*, recueillie et rédigée par M. Gaussail (*Journal de médecine de Toulouse*, 1851); *Des déviations utérines, leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié*, recueillies et rédigées par M. Gallard (*Union médicale*, 1852); *Gazette des hôpitaux*, 1852, nos 54, 123, et 1854, nos 47, 50 et 67; *Guide du médecin praticien*, 5e édition. Paris, 1865, t. V.

(2) Paul Dubois, *Gazette médicale*, 4 novembre 1850. — Comparez Deville, *Sur la fréquence des anté et retroflexions de l'utérus* (*Revue médico-chirurgicale*, 1840).

(3) Boulard, *De l'antéflexion* (*Revue méd.-chir.*, juin 1853, vol. XIII, p. 341) ; *Quelques mots sur l'utérus*, thèse. Paris, 1853.

(4) Depaul, *Gazette des hôpitaux*, 25 mars 1854.

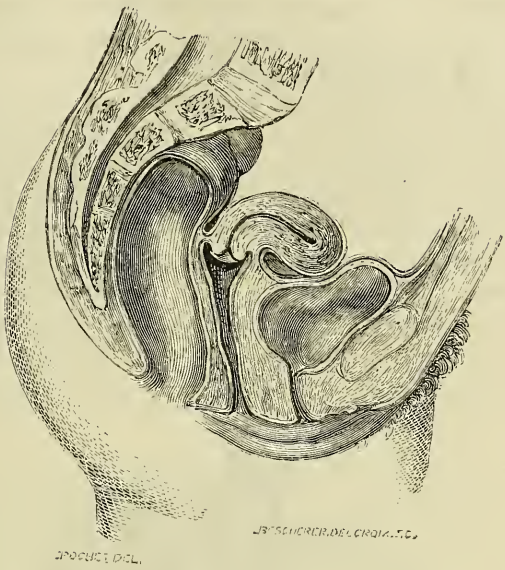


Fig. 131. — Antéflexion de l'utérus.

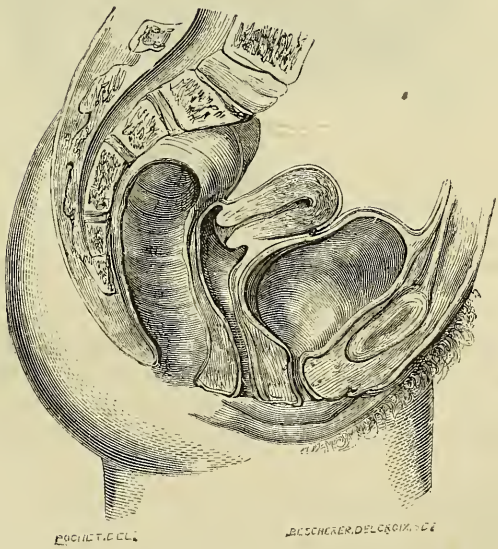


Fig. 132. — Antéversion de l'utérus.

femme qui a eu des rapports sexuels, et la désigne sous le nom d'*antécourbure*. Cette antécourbure disparaît sous l'influence de la grossesse. Les axes du corps et du col, qui auparavant n'étaient pas dans le même plan, se confondent pour n'en faire qu'un seul (4).]

Quand la femme est enceinte, cet accident est rare : il se présente seulement dans les cas où l'utérus a à peu près son volume normal et qu'il est encore dans la cavité du bassin. Il y a d'ailleurs diverses circonstances qui préservent les femmes de ce déplacement. Situé près du détroit supérieur, l'utérus s'appuie antérieurement sur la vessie et se trouve en arrière en contact avec le rectum. La situation oblique du bassin favoriserait la production de l'antéversion, n'était l'obstacle formé par la vessie, souvent distendue, et la réflexion du péritoine, d'un organe sur l'autre. Tant que la vessie renferme beaucoup d'urine, l'antéversion est impossible. Quand ce déplacement a lieu (fig. 133), le fond de l'utérus vient an-

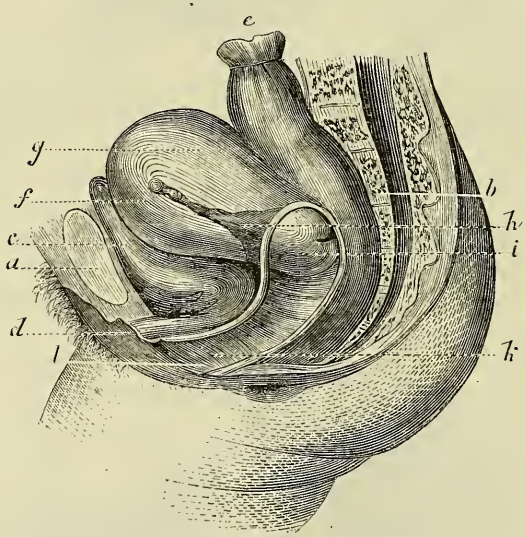


Fig. 133. — Coupe du bassin vu de profil, représentant l'antéversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse (*).

térieurement jusqu'à la face postérieure de la symphyse du pubis et presse sur le col de la vessie; le col utérin s'applique en arrière sur le rectum, et ainsi l'organe, au lieu d'être à peu près perpendiculaire, se trouve placé transversalement.

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les mal. de l'utérus*. Paris, 1858-60, p. 981.

(*) *a*, pubis droit; *b*, le sacrum; *c*, la vessie; *d*, l'urèthre; *ee*, le rectum; *f*, coupe de la trompe et du ligament du côté gauche de l'ovaire; *g*, corps de l'utérus; *h*, portion latérale de l'utérus qui n'est point recouverte du péritoine; *i*, museau de tanche; *k*, le vagin. (Bouvin et Duchès, *Atlas*, pl. XI, fig. 4.)

§ IV. — Causes.

Pour que l'antéversion ou l'antéflexion se produisent, il faut que le fond de l'utérus devienne plus lourd que de coutume, par rapport à la portion inférieure de l'organe, ou bien qu'une cause extérieure vienne déterminer cette déviation. En dehors de l'état de grossesse, l'hypertrophie chronique de la paroi antérieure, une congestion considérable, des tumeurs développées dans cette paroi, peuvent amener le renversement. La vacuité de la vessie, un effort soudain, le relâchement des ligaments par suite de grossesses antérieures, sont autant de causes favorables. La grossesse, en augmentant le poids du fond de l'utérus, remplit aussi une des conditions indispensables; mais le déplacement ne peut se produire que pendant les deux ou trois premiers mois. Quelquefois on a reconnu que la cause première était une accumulation de fèces dans le rectum, venant peser sur le fond de l'utérus; d'autres fois une attaque de métrite chronique, une tumeur fibreuse, des tumeurs rétro-utérines ou, suivant Valleix, une fausse couche, amènent l'antéversion; il faut aussi admettre que les tissus environnants se sont relâchés. On a encore cité comme causes un coup, une chute, les secousses d'une voiture trop dure, une diarrhée rebelle; mais il est clair qu'il faut des causes plus énergiques pour produire l'antéversion que pour la rétroversion.

[Après l'accouchement, à cette époque où l'utérus encore volumineux n'ayant pas encore parcouru toutes les phases de son évolution régressive, a de la tendance à se porter en avant et à droite, une pelvipéritonite se déclare et peut fixer l'organe dans ses rapports anormaux. M. Paul Picard nous fournit une observation remarquable, due à Natalis Guillot, et qui montre l'influence de l'inflammation péritonéale sur la position de l'utérus après l'accouchement.

Observation I. — *Antéflexion produite par des fausses membranes unissant la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie. Hypertrophie de l'utérus consécutive à l'accouchement.* — Une femme de vingt-huit ans, après un accouchement régulier, éprouve, deux jours après la parturition, des douleurs abdominales très-vives, la pression exaspère ces douleurs; l'utérus, qui atteint l'ombilic, est très-sensible, le ventre se météorise, il y a des hoquets, des vomissements verdâtres; le pouls est petit, filiforme, très-rapide. On la traite par des sinapismes aux jambes, par des bains, des frictions belladonées.

Cet état dura trois semaines environ; il s'améliora sensiblement; à cette époque, l'utérus dépassait de quatre travers de doigt les pubis, il était possible de le déprimer, mais en provoquant de vives douleurs. Elle sort deux mois après; elle est fort constipée, ne va à la garde-robe que tous les deux ou trois jours; dans la station verticale, elle sent des douleurs dans la matrice, la moindre secousse provoque chez elle des envies d'uriner très-douloureuses, la fin de la miction est surtout pénible; elle accuse des douleurs très-vives dès qu'elle saute; par le toucher, on constate que le col est très-volumineux,

la première phalange pénètre dans son intérieur; un peu de douleur à la pression; on sent l'utérus dans le cul-de-sac antérieur, il est toujours volumineux et dépasse de deux travers de doigt la symphyse du pubis.

Au bout de quatre mois, cette femme rentre à l'hôpital : elle a des tubercules dans les deux poumons, le ventre n'est pas douloureux, mais le toucher vaginal et le palper abdominal permettent de constater le volume anormal de l'utérus qui est antéfléchi. La malade ne peut marcher droit, elle éprouve une grande pesanteur dans l'abdomen, des tiraillements dans les aines et des douleurs dans les reins et dans les lombes, elle se plaint d'une leucorrhée très-abondante; la malade souffre horriblement quand elle va à la garde-robe; la miction est difficile, mais moins douloureuse; tout mouvement brusque, un

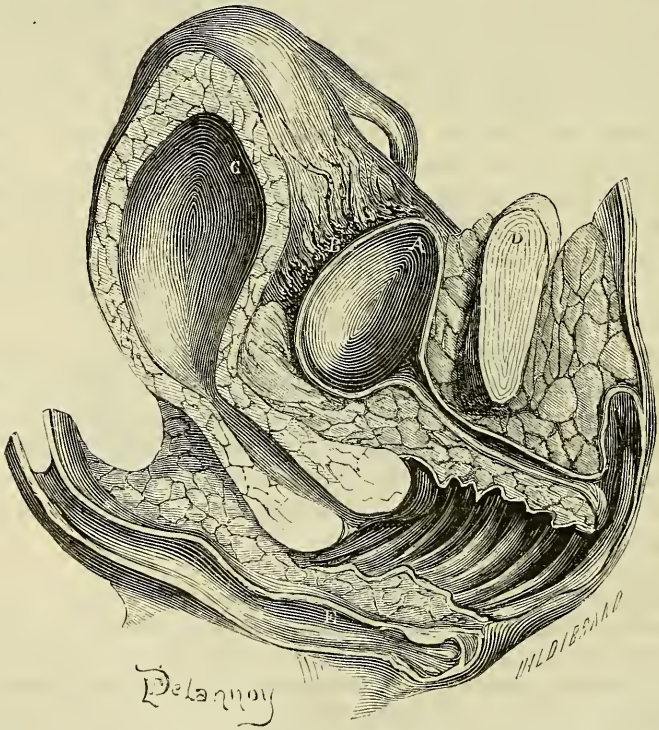


Fig. 134.— Antéflexion produite par des fausses membranes unissant la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie. — Hypertrophie de l'utérus consécutive à l'accouchement (*).

sol inégal, un éternument, etc., lui causent une secousse pénible. Elle n'a pas eu ses règles depuis sa délivrance, et ne nourrissait pas. Cette femme succombe rapidement à une phthisie galopante. Outre les altérations pulmonaires, on trouve à l'autopsie :

L'utérus C, volumineux, fibreux, rougeâtre, jaune en quelques points; les

(*) A, vessie; B, fausses membranes unissant le corps de l'utérus à la vessie; C, utérus hypertrophié; D, symphyse du pubis; E, rectum. (P. Picard.)

parois utérines sont hypertrophiées, surtout le fond de la matrice ; le col largement dilaté, un peu ulcéré à son orifice, présente une lèvre antérieure plus volumineuse que la postérieure. La flexion porte sur l'orifice interne et surtout sur la paroi antérieure. Des fausses membranes se trouvent sur les intestins, mais on en remarque une certaine quantité blanchâtres, serrées, résistantes, élastiques, B, qui s'étendent de la face postérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus. Ces fausses membranes sont parfaitement organisées, elles sont très-solides, elles ont attiré l'utérus en avant, de telle façon que le corps de l'utérus forme avec le col un angle presque droit ; la muqueuse utérine est très-épaissie, rouge violacée, vultueuse. La vessie, A, présente une très-petite capacité, le rectum, E, est un peu rétréci près de l'anus.

Cette observation démontre combien il est important de surveiller le retrait utérin après l'accouchement. M. Pajot (1), dans une série d'articles remarquables reproduisant ses leçons cliniques du premier semestre de 1862, insistait sur ce point : que l'utérus hypertrophié triplait l'étendue du traumatisme utérin, et favorisait le début de l'infection purulente. On voit, par le cas précédent, combien l'inflammation péritonéale peut avoir d'influence sur la position consécutive de l'organe.

Mais la pelvipéritonite ne porte pas seulement sur l'utérus ; les ovaires, les trompes, sont quelquefois enlacés dans les replis inextricables des fausses membranes, d'où la gêne dans l'ovulation, les hématocèles par suite d'oblitérations de la trompe, le développement de l'œuf gêné par la fausse membrane qui entoure l'ovaire. Que devient la fonction menstruelle lorsque l'utérus, les trompes, les ovaires, sont englobés dans un lacis inextricable de fausses membranes qui font un paquet de l'intestin grêle, de l'S iliaque et des organes génitaux ? A vrai dire, il n'y a pas d'écoulement de sang, mais la congestion ne s'en fait pas moins chaque mois ; et si les règles ne se manifestent pas au dehors, les exacerbations mensuelles, la formation d'abcès provenant tous les vingt-huit jours, les péritonites se développant toutes les quatre semaines viennent rappeler qu'il y a encore des ovaires au milieu de cette tumeur informe qui occupe le bassin.

Dans d'autres cas, les lésions sont moins graves, mais la fécondation est impossible, les ovaires sont repliés en arrière, rabattus dans le compartiment postérieur du petit bassin. Les trompes, sans être oblitérées, sont fixées au ligament large et ne peuvent plus être rapprochées de l'ovaire. Les adhérences des trompes et des ovaires avec l'intestin expliquent ces douleurs atroces, ces traits de feu dont se plaignent les femmes constipées. Peut-être aussi les souffrances intolérables qui accompagnent dans quelques cas le début des menstrues, souffrances survenant brusquement, et que je ne saurais mieux comparer qu'à celles qu'on observe dans la péritonite par perforation, sont-elles dues à des adhérences anormales de l'ovaire et de la trompe.

Ces deux organes sont souvent, dans les flexions anciennes, le siége d'abcès, de kystes, etc.

Desgranges, de Lyon (1), parle d'une antéversion qui succéda à des

(1) Pajot, *Gazette des hôpitaux*, 1862.

(2) Desgranges, *Observations sur la rétention d'urine occasionnée par le renversement ou la position horizontale de la matrice* (*Journal de médecine*, janvier 1783, t. LIX, p. 38).

pressions réitérées que la femme, ouvrière en soie, exerça avec le pied sur l'*ensouple* (espèce de gros rouleau) de son métier avec une cheville de fer, sans en descendre, ce qui est très-pénible.]

§ V. — Symptômes.

Les symptômes sont peu accusés, sauf en ce qui regarde le dérangement mécanique des parties. Paul Dubois nie que les déplacements entraînent les conséquences qui leur ont été attribuées. Si l'utérus presse beaucoup sur le col de la vessie ou sur l'urèthre, il en résulte de la rétention d'urine (1); mais cet accident est rare. La malade se plaint de difficulté pour uriner, comme pour aller à la garde-robe, mais il est rare qu'on soit obligé de s'en préoccuper. La constipation est quelquefois causée par la pression du col sur le rectum. La malade accuse une pesanteur inaccoutumée dans le bassin, en même temps qu'une douleur à l'hypogastre et au périnée, avec des tiraillements dans les reins; tous ces symptômes sont d'ailleurs aggravés par la marche ou la station debout. Il y a quelquefois de la leucorrhée, et souvent de l'irrégularité dans les périodes menstruelles.

Si l'on touche avec le doigt, on trouve le corps de l'utérus à la partie antérieure et le col en arrière. [Il faut avoir le soin, après avoir touché la femme couchée, de répéter l'examen dans la station debout; car la position horizontale suffit quelquefois pour diminuer ou même effacer les courbures anormales.] Si l'on essaye d'introduire la sonde utérine, il faut le faire suivant une direction tout à fait inaccoutumée, l'introduire d'arrière en avant et presque horizontalement. Il faudrait bien se garder d'avoir recours à ce mode d'examen, s'il y a lieu de soupçonner une grossesse. Un cathéter introduit dans la vessie vient buter contre le fond de l'utérus, et, en pareil cas, on a quelquefois cru à l'existence d'un calcul. La sensation au toucher est cependant toute différente, et il n'y a pas non plus le bruit produit par le contact de la sonde sur une pierre.

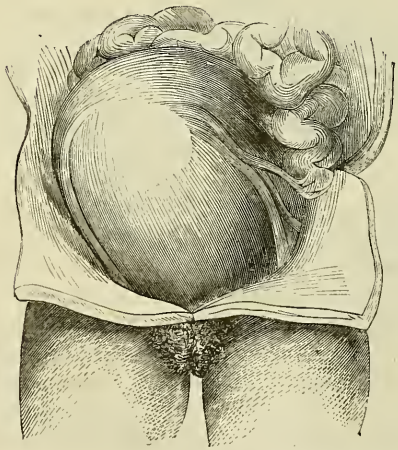


Fig. 135. — Utérus à terme avec sa double obliquité et son dévirement à droite. (Lucien Penard.)

Si l'on ne fait disparaître ce déplacement, la paroi antérieure de l'u-

(1) Wauters, *Journal de médecine*, avril 1781, p. 323. — Desgranges, *loc. cit.*

térus s'engorge et même s'enflamme, et c'est là, assurément, une des causes fréquentes de stérilité.

Dans les derniers mois de la grossesse, il se produit un léger déplacement, auquel on a donné le nom d'*obliquité antérieure* (fig. 135). Cet accident arrive chez les primipares, par suite de l'obliquité naturelle de l'organe, et chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, par suite du relâchement exagéré des parois abdominales. L'orifice utérin est situé près du promontoire du sacrum, et parfois il est difficile de le découvrir. Cette disposition a fait croire, dans certains cas, à des perforations de l'utérus. Les symptômes, en pareille circonstance, ressemblent fort à ceux déjà décrits; mais, en somme, ils n'ont d'autre conséquence que de retarder les progrès du travail, car la partie fœtale poussant devant elle une portion de l'orifice contre les pubis, cette partie se tuméfie, se dilate difficilement; les contractions dès lors deviennent irrégulières, spasmodiques et très-douloureuses.

§ VI. — Diagnostic.

Il faut établir le diagnostic différentiel de l'antéversion :

I. *Avec le calcul vésical.* — Levret avoue que, dans le seul cas d'antéversion qu'il rencontra, il fit une erreur de diagnostic. Il prit l'utérus pour un calcul vésical, et ne reconnut sa méprise qu'à l'autopsie, car la femme opérée de la taille mourut après l'opération (1). L'introduction d'un cathéter dans la vessie, pendant que le médecin pratique avec soin le toucher vaginal, est un bon moyen de se mettre en garde contre une pareille erreur.

[Il suffira de joindre au toucher vaginal le palper abdominal, ou de pratiquer le toucher rectal pour être sûr que c'est l'utérus seul qui est en cause.]

II. *Avec la rétroversion.* — On distinguera facilement cette affection de la rétroversion, parce que, dans ce dernier cas, le doigt rencontrera le col utérin en avant, et la grosse extrémité de la matrice en arrière.

[[L'introduction de l'hystéromètre dans le cas de rétroversion et d'antéversion sera d'un grand secours pour éclairer le diagnostic. La direction de l'instrument indiquera suffisamment alors de quel côté a lieu la déviation.]]

III. *Avec les tumeurs du bassin.* — Il sera quelquefois difficile d'établir le diagnostic entre l'antéversion et certaines tumeurs du bassin ; mais si on peut constater la présence de l'orifice en arrière et suivre avec le doigt successivement le col et le corps de l'utérus dirigés transversalement dans le bassin, on aura presque acquis la certitude qu'il existe une antéversion de l'utérus.

(1) Capuron, *Malad. des femmes*, p. 102.

V. *Avec une tumeur ovarienne.* — L'histoire de la malade, le développement de la tumeur ajoutés aux symptômes précédents, permettront au praticien de ne pas confondre une tumeur ovarienne avec l'affection que nous décrivons.

§ VII. — Traitement.

Dans bien des cas où le déplacement est peu prononcé, l'utérus reprend spontanément sa situation, soit par la réplétion de la vessie ou la déplétion du rectum. Si le déplacement est causé par une métrite chronique, un traitement antiphlogistique approprié, en remédiant à l'inflammation, permettra à l'utérus de reprendre sa position normale. Aussi faut-il bien garder en mémoire ce principe, qu'il faut avant tout porter remède à la cause organique avant de faire aucune tentative contre le déplacement, à moins que la cause mécanique ne soit d'un danger sérieux.

Si le chirurgien doit intervenir activement, il est rare que le manuel opératoire offre des difficultés sérieuses. Avec l'index d'une main il accrochera le col utérin, pendant qu'avec l'autre main il poussera doucement en avant le fond de l'organe. Il faudra user de la plus grande douceur dans cette opération, on gardera la patiente au lit pendant plusieurs jours, et on lui recommandera le décubitus dorsal.

Des lotions froides, des douches ou des injections vaginales à une température basse contribueront à rendre du ton aux tissus du vagin. Nauche recommande l'emploi d'un pessaire *en bilboquet*, dont la partie supérieure serait creusée de façon à recevoir le col, mais ce moyen est rarement nécessaire. Le pessaire *à tige* est préconisé par Simpson, Valleix et d'autres. Mais je crois que ces moyens, rarement utiles, peuvent quelquefois être nuisibles.

Pour l'obliquité antérieure qu'on observe à la fin de la grossesse et pouvant apporter quelque entrave à la parturition, Merriman (1) fait la remarque suivante : « Le temps et la patience sont les meilleurs moyens à employer en pareille occurrence. » On a conseillé de faire garder aux femmes en travail la position horizontale dans le décubitus dorsal, afin de diminuer ainsi les crampes et les contractions spasmodiques occasionnées par la pression que subit l'utérus entre la tête du fœtus et la symphyse des pubis. Ce moyen, dans la majorité des cas, me paraît insuffisant, et l'accouchement se terminant sans autre intervention est, suivant moi, retardé au détriment de la malade. L'opinion de Hamilton est bien plus en harmonie avec la mienne lorsqu'il dit (2) : « Le meilleur moyen de soulager la patiente est de repousser avec la main le corps de l'utérus en arrière et en haut, et de cette façon le fœtus avancera plus rapidement.

(1) S. Merriman, *Dissertation on retroversion of the womb.* London, 1810 (*Med. and phys. Journ.*, t. XVI, p. 338).
(2) Hamilton, *Practical Observ. on midwifery*, part. I, p. 232.

CHAPITRE XI

RÉTROFLEXION ET RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS (1).

Si le lecteur veut bien se rappeler la position normale de l'utérus, il arrivera naturellement à cette conclusion que la rétroversion doit être, de tous les modes de déplacements utérins, le moins commun ; et il est certain que la production de ce déplacement exige un singulier concours de circonstances fâcheuses dont je donne ici l'énumération : 1° augmentation du volume et du poids du fond de l'utérus; 2° par suite, l'organe est plus ou moins abaissé ; 3° il est plus redressé que de coutume; 4° enfin, si dans ces conditions la femme fait quelque effort pour aller à la garde-robe, pour lever un poids, etc., cette force agit sur le fond de l'utérus, celui-ci sera poussé en arrière et se fléchira dans cette direction en totalité, ou le corps se fléchira sur le col ; 5° l'accumulation de l'urine dans la vessie peut agir efficacement dans la même direction, mais à mon sens cette dernière cause n'a que peu d'importance, si l'utérus n'est pas augmenté de volume.

§ I. — Historique.

Ces déplacements, rétroversion (fig. 136) ou rétroflexion (fig. 137), sont opposés à ceux précédemment décrits. Il semblerait, d'après Jourdan et Martin (le jeune) (2), qu'ils n'ont pas été inconnus des anciens (3). Quoique leurs vues à cet endroit ne paraissent pas très-nettes, leurs successeurs perdirent tout à fait de vue ces affections, et les travaux de Will. Hunter (1754), en Angleterre; en France, de J.-B. Desgranges, de Lyon (1785) (4),

(1) Bibliographie : Outre les sources citées en tête du chapitre précédent : Saxtorph, *De ischuria ex utero*, 1775. — Ignatius Witczek, *De utero reflexo morbo gravidis perniciosissimo.* — Bazin, *De la rétroversion*, 1827. — Hensley, *Retroflexion of the uterus* (*Provincial med. and surg. Journal*, 13 janvier 1848, nos 1 et 2). — Dufraigne, *De la rétroflexion*, thèse. Paris, 1851. — Baud, *Déviations et engorgements de l'utérus*. Paris, 1850, Rapport de M. Hervez de Chegoin (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XV, p. 58).

(2) Martin, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques sur plusieurs maladies qui peuvent compliquer la grossesse*. Paris, 1835, p. 137.

(3) Voyez Hippocrate, *De la nature de la femme* (*Œuvres complètes*, édition Littré. Paris, 1851, t. VII, p. 397), et *Maladies des femmes* (*Œuvres*, t. VIII). — Ætius, *Contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblos*. Basileæ, 1542, IV, serm. 4, caput 77, p. 905. — A. Paré, *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1841, t. II, p. 752. — Roderic a Castro, *De universa mulierum medicina*. Hamburgi, 1603. — Dujardin et Peyrilhe, *Histoire de la chirurgie*, t. II, p. 280.

(4) J.-B. Desgranges, *Mémoire sur la rétroversion de l'utérus*, couronné en 1785 par l'Académie royale de chirurgie, inédit, extrait dans *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. LXVI, p. 85.

et de Grégoire, professeur d'accouchements à Paris, dans ses leçons (1747);

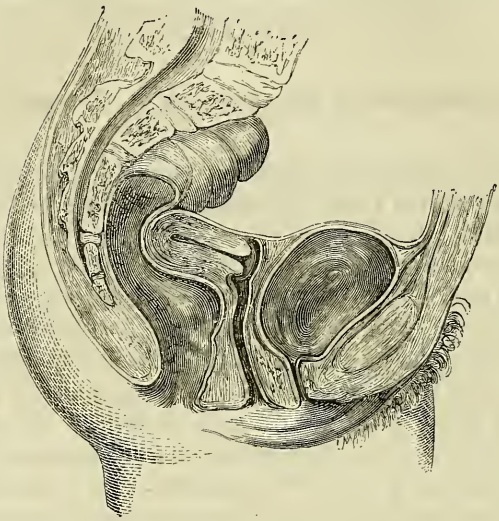


Fig. 136. — Rétroversion de l'utérus.

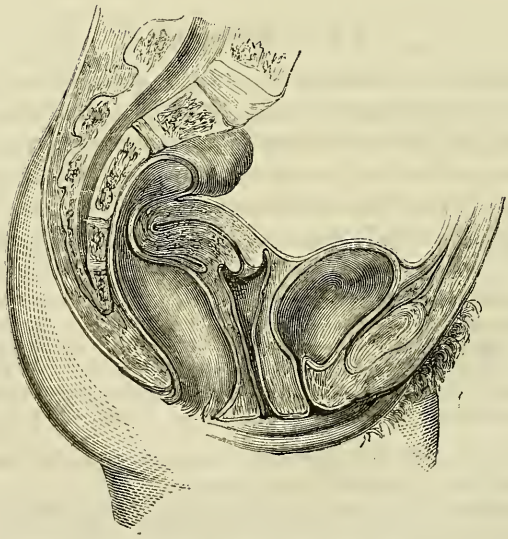


Fig. 137. — Rétroflexion de l'utérus.

en Allemagne, de Richter (1), sont venus jeter une nouvelle lumière sur

(1) Richter, *Chirurg. Bibliothek*, t. V, p. 521, et t. IX, p. 182.

ces déplacements, à peu près méconnus jusqu'alors. L'observation suivante appartient à Walter Wall (1), qui avait assisté aux leçons de Grégoire en 1754, et qui appela sur ce fait l'attention de William Hunter; elle fut résumée par Gooch en ces termes :

Observation I. — Une pauvre femme de Londres, arrivée au quatrième mois environ de sa grossesse, fut tout à coup prise de rétention d'urine. Elle fit mander Walter Wall, qui la sonda; mais l'obstacle resta le même, et on dut avoir de nouveau recours à la sonde. Cette fois Wall fit une exploration attentive, afin de se rendre compte de la nature de l'obstacle. Il pratiqua le toucher vaginal, et son doigt, au lieu d'être dirigé en haut et en arrière vers le sacrum, était dirigé en avant et en haut vers les pubis. Il ne pouvait atteindre le col; mais il constata à la partie postérieure du vagin, la présence d'une tumeur, et, en complétant l'examen par le toucher rectal, il s'assura qu'elle siégeait entre le rectum et le vagin. La partie inférieure de cette tumeur étant repoussée vers les pubis paraissait constituer l'obstacle à l'émission de l'urine par la pression qu'elle exerçait sur l'urèthre. Wall rapprocha ce fait de ceux

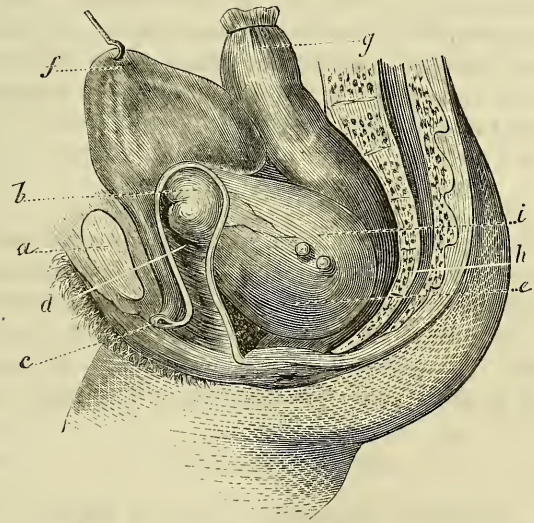


Fig. 138. — Rétroversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse (*).

que Grégoire avait décrits sous le nom de *rétroversion*, et il essaya de réduire la tumeur, mais sans succès. Il appela William Hunter, qui, après avoir examiné la malade, arriva aux mêmes conclusions que Wall. En soulevant la tumeur, l'urine s'écoula facilement (fig. 138). William Hunter tenta de ra-

(1) W. Wall, *Diss. de uteri gravidi retroversione.* Halle, 1782. Dœring, *Dissert.*, t. I, p. 242.

(*) *a*, pubis droit; *b*, museau de tanche; *c*, canal de l'urèthre; *d*, vagin; *e*, corps de l'utérus; *f*, la vessie dans son plus grand développement; *g*, le rectum; *h*, l'angle sacro-vertébral; *i*, coupe de la trompe et du ligament de l'ovaire gauche. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XI, fig. 5.)

mener l'utérus à sa position normale, mais il n'y réussit pas, il y avait en même temps une constipation opiniâtre, et la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva la vessie considérablement distendue ; le col de l'utérus était tourné en haut et en avant contre la symphyse des pubis, le fond de l'utérus était porté en bas et en arrière dans la concavité du sacrum, dans laquelle il était fixé de façon à en être difficilement délogé.

Depuis, on a trouvé que ce déplacement n'était pas nécessairement lié à l'état de grossesse, mais que, dans des conditions jusqu'à un certain point analogues, il pouvait se produire à n'importe quelle époque de la vie.

§ II. — Fréquence.

Quelques auteurs prétendent que la rétroversion et la rétroflexion sont les affections auxquelles les femmes sont le plus communément sujettes. Je ne puis accepter complétement cette assertion, quoique à mon avis cette affection soit plus commune qu'on ne le croyait autrefois. Je crois que l'utérus, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants, peut subir sans inconvénient un degré de déviation plus étendu qu'on ne l'admet généralement, et que, peut-être, on a trop souvent pris ces déviations pour des maladies. Je suis heureux de me rencontrer dans mon opinion avec Ashwell (1), Meigs, Oldham, etc.

§ III. — Définition.

Avant de commencer l'histoire de la maladie, je dois avertir mes lecteurs de la confusion à laquelle donne lieu la dénomination. Quelques auteurs, en effet, désignent sous le nom de *rétroflexion* la flexion en arrière du fond de l'utérus sur le col, d'autres nomment ainsi le renversement en arrière et en bas de l'utérus entier. Simpson (2) ne voit dans la rétroflexion et la rétroversion que deux degrés d'un même déplacement.

ARTICLE PREMIER.

RÉTROFLEXION EN DEHORS DE L'ÉTAT DE GROSSESSE

La rétroflexion ou rétroversion peut se produire à toutes les périodes de la vie après la puberté, mais elle paraît plus fréquente après des grossesses répétées ou des avortements (3). Velpeau (4), en 1835, avait déjà observé quinze fois ce déplacement sur des utérus non gravides, mais chez

(1) Ashwell, *Practical treatise of the diseases peculiar to women.* London, 1848.
(2) Simpson, *Dublin Journal*, novembre 1847.
(3) Comparez Amussat, *Mémoire sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse* (*Journal de chirurgie*, janvier 1843).
(4) Velpeau, *Traité de l'art des accouchements*, 2e édition. Paris, 1835, t. II, p. 622. — Montault, *Journal hebdomadaire*, 1833.

des femmes multipares. Davis pense qu'il peut résulter d'un vice de conformation ou d'une maladie antérieure. Beatty (1) croit que le point où la flexion se fait est au niveau du col et du corps de l'utérus.

Pour ma part, j'ai constaté les deux modes de déplacements, rétroflexion ou rétroversion, la rétroversion plus souvent peut-être que la rétroflexion; et j'ai de la tendance à croire que celle-ci constitue un degré plus avancé de la maladie.

§ I. — Causes.

Les conditions nécessaires à la production de ces différents modes de déplacement sont :

1° Un certain degré de relâchement des parois vaginales permettant l'abaissement de l'utérus;

2° Une augmentation dans le poids du fond de l'utérus, surtout de sa paroi postérieure.

Parmi les causes qui peuvent accroître le volume ou le poids de la matrice, il faut signaler la présence de tumeurs fibreuses, la congestion, l'hypertrophie, des caillots dans la cavité utérine, etc.

Les conditions physiques qui résultent de l'accouchement, d'un avortement, favorisent aussi la production de ce déplacement. La première phase de cette affection me paraît être la même que lorsqu'il se produit un abaissement, c'est-à-dire une déviation de l'axe de l'utérus. Cet organe est plus lourd à sa partie supérieure ; il est incliné, et probablement alors la distension de la vessie et d'autres causes à préciser contribuent-elles à le faire dévier de l'axe du détroit supérieur et à lui faire prendre une position plus verticale.

Dans ces conditions, un effort, même peu énergique, agissant en bas et en arrière, comme dans l'acte de la défécation, produira certainement une rétroversion, et je crois que, l'effort se continuant dans la même direction, la rétroversion dégénérera facilement en rétroflexion.

[Il faut aussi tenir compte, comme nous l'avons fait pour l'antéversion, de l'influence que peut avoir sur la rétroversion et la rétroflexion l'invasion d'une pelvipéritonite consécutive à l'accouchement. Cette inflammation laissera après elle des adhérences et des brides qui fixeront l'utérus dans la position anormale que nous décrivons.

Le fait suivant, emprunté à M. Paul Picard, et dû à Natalis Guillot, nous paraît digne d'être rapporté en entier.

Observation II. — *Utérus en rétroflexion et rétroversion par suite d'adhérences entre l'utérus et ses annexes, d'une part, et le rectum, de l'autre.* — Une femme de quarante ans, multipare, qui accoucha régulièrement. Le lendemain de son

(1) Beatty, *Cases of retroflexion* (*Dublin quart. Journal*, 1847, août et novembre).

accouchement elle se plaignit de douleurs violentes dans le bas-ventre; les douleurs étaient profondes, pongitives, s'irradiaient dans le haut des cuisses, surtout à droite. Le pouls était fréquent, petit et dur. La malade eut des nausées, la pression augmentait les douleurs. Après un traitement antiphlogistique énergique, les douleurs disparurent et la malade fut considérée comme guérie.

Au bout de six semaines elle se leva; la station verticale, la marche, lui causaient de violentes douleurs, la miction était douloureuse; mais c'était surtout dans les efforts faits pour aller à la garde-robe qu'elle souffrait à pousser des cris; aussi elle se retenait tant qu'elle pouvait, et cependant chaque mouvement provoquait des coliques; quand elle était droite, elle se plaignait toujours de pesanteurs pénibles dans le fond de l'abdomen.

Examen. — On sent au-dessus des pubis une tumeur mal circonscrite, très-douloureuse à la pression. Par le toucher, on trouve le col volumineux, largement ouvert, dur, dévié en haut, en avant et à gauche. Dans le cul-de-sac antérieur, en combinant le palper abdominal avec le toucher, on sent une tumeur globuleuse, mal circonscrite, irrégulière, semblant être constituée par des intestins agglomérés. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur lisse, rénitente, élastique très-douloureuse au toucher. Le toucher rectal révèle la face postérieure de l'utérus en rétroversion, et cependant on sent nettement un sillon qui sépare le col du corps. Les douleurs éprouvées pendant la station verticale, la défécation, la miction, augmentent sensiblement; la malade reste un an dans le service sans avoir ses menstrues; elle succombe à une tuberculisation pulmonaire, quatorze mois après son accouchement.

A l'autopsie, outre des cavernes dans les poumons, on trouve un paquet d'intestins occupant la cavité du petit bassin et réunis entre eux par des fausses membranes.

Au-dessous, se trouve l'utérus, assez volumineux, dur, résistant, étendu dans les replis de Douglas. Le col, très-volumineux, regarde en haut et comprime le bas-fond de la vessie. La lèvre postérieure est bouffie, saillante, le col largement ouvert, déchiqueté sur les bords. L'utérus présente un sillon sur sa face postérieure dans le point qui unit le tiers supérieur au moyen du canal cervical. La flexion tombe donc ici sur le col utérin et au-dessous de l'orifice interne. Des fausses membranes épaisses, blanchâtres, résistantes, élastiques, couvrent la face antérieure de l'utérus, et de là se portent sur le rectum fortement abaissé, car le point, où l'incurvation inférieure de l'S iliaque commence, est contigu avec le bord supérieur de l'utérus. Les fausses membranes s'étendent aussi à droite et à gauche sur la trompe et sur l'ovaire. A droite, la trompe, deux fois repliée sur elle-même, est enlacée dans la fibrine : l'ovaire est entouré de lacis pseudo-membraneux qui le fixent dans le bas-fond latéral du repli de Douglas. A gauche, ovaire et trompe formaient un véritable peloton arrondi, inextricable, faisant corps avec la tumeur des intestins grêles.

A la coupe, le parenchyme utérin est résistant : il crie sous le scalpel, ses parois sont notablement hypertrophiées, sa face interne est couverte d'une muqueuse épaissie, vultueuse, violacée; replis muqueux à la hauteur de l'orifice interne; la flexion porte à 1 centimètre de l'orifice interne, rien d'anormal du reste en ce point. La vessie est très-épaissie, le vagin rouge violacé, les replis très-épais et saillants. La troisième partie du rectum est comme

tendue. Le rectum se recourbe deux fois sur lui-même en dessous de l'utérus; en ce point les fausses membranes forment un véritable nœud. La face postérieure de l'utérus adhère intimement au rectum.]

Virchow (1) a cherché à expliquer pourquoi la rétroflexion se produit à la jonction du corps avec le col. Il appuie sa théorie sur ce que le tissu utérin, à ce niveau, a moins d'épaisseur qu'en tout autre point; sur ce que le péritoine, en se réfléchissant sur lui-même en cet endroit, permet à la partie supérieure de l'utérus qui n'est pas soutenue, de se fléchir sur l'inférieure, dont la position est plus solidement assurée par ses attaches.

§ II. — Symptômes.

Dans quelques cas, comme le fait observer Hensley, il ne se produit aucun symptôme appréciable, excepté peut-être un écoulement menstruel un peu plus abondant, une disposition plus marquée aux avortements chez les femmes mariées. Il est très-souvent bien difficile de remonter à l'origine de ce déplacement; il se fait si graduellement, que ce n'est que lorsqu'il devient permanent, et encore après un certain temps seulement, qu'il donne lieu à quelques symptômes locaux ou généraux. D'autres fois, les malades accusent une sensation de descente ou de chute de la matrice, survenant tantôt soudainement, tantôt graduellement. En même temps, elles éprouvent des nausées, des vomissements, quelquefois des syncopes ; elles se plaignent de douleurs et de tiraillements dans les aines ou au niveau du sacrum (2). Si la rétroflexion devient permanente ou augmente, elle produit souvent de la douleur, de la difficulté ou de la fréquence dans l'acte de la miction, exceptionnellement de la rétention d'urine. Les malades se plaignent d'une douleur sourde, continue, dans le dos, probablement à cause de la compression qu'exerce le fond de l'utérus sur les nerfs sacrés. La douleur s'irradie le long des cuisses ; il existe une sensation de pesanteur sur le fondement, avec de la difficulté dans l'acte de la défécation, comme on le voit dans les observations de Beatty. Il y a généralement un écoulement blanc abondant quand la maladie a duré un certain temps; les règles peuvent être profuses ou douloureuses ; quelquefois elles surviennent dans ces deux conditions ; mais il est difficile de dire si ce trouble de la menstruation agit comme cause ou comme effet. La santé générale, en même temps, est plus ou moins en souffrance; l'estomac se dérange, il survient de la constipation, le moral est affaissé, et l'on voit souvent se produire des symptômes hystériques. Le malaise est beaucoup augmenté par la station debout, la marche ou

(1) Virchow, *Ueber die Knickungen der Gebarmutter* (*Verh. der ges. für Gbtskde*, t. IV, p. 80).
(2) Simpson, *Dublin medical Journal*, mai 1847.

un effort un peu considérable, et la patiente languit sous le poids de la débilitation morale et physique.

En examinant par le vagin, le doigt tombe sur un corps solide, qui oblitère plus ou moins le passage. On trouve alors le col utérin soit à peu près dans sa situation normale, soit un peu plus antérieurement; en enfonçant le doigt plus avant, on rencontre une tumeur située en arrière, se continuant avec le col et qui n'est pas autre chose que le fond même de l'utérus. Cette tumeur est plus ou moins arrondie et, à son point de jonction avec le col, elle forme un angle dont l'ouverture est variable. Inutile de dire que c'est entre la partie postérieure du vagin et le rectum qu'on la trouve. A l'examen par le rectum on trouve d'autres détails, mais c'est par l'emploi de la sonde utérine que l'on arrive à la démonstration positive de la rétroflexion. Si l'on introduit l'instrument dans le col, la concavité étant tournée du côté de la symphyse du pubis, on se trouve immédiatement arrêté et, pour passer plus loin, il faut redresser la tumeur que l'on a sentie en arrière et tourner la concavité de l'instrument. Du reste, il ne pénètre pas tout d'abord, et il faut en porter l'extrémité de côté et d'autre. L'usage de la sonde utérine ne donne lieu à aucune douleur si l'on sait bien s'y prendre ; mais si elle est maniée sans précaution, il peut en résulter des accidents graves. Quand on touche par le rectum, la pression du doigt sur le fond de l'utérus ne cause non plus aucune douleur, mais si l'on remonte au-dessus, on rencontre un point douloureux qui correspond exactement à l'ovaire et se présente, du reste, sous la forme d'un corps ovale.

La conséquence la plus importante de la rétroflexion est la stérilité. Il est peu probable, pour ne pas dire impossible, à cause des obstacles mécaniques, que la conception puisse avoir lieu dans le cas de rétroflexion. Rigby (1) a noté en pareil cas l'engorgement et l'inflammation chronique des ovaires, principalement de l'ovaire gauche. Sur treize cas, il a noté une déviation du fond de l'utérus à gauche neuf fois ; en outre, l'ovaire était comprimé et malade. Il peut aussi y avoir, en pareil cas, de la congestion du col avec érosion. Enfin, comme symptômes plus éloignés, la santé générale s'altère graduellement à la suite de ce déplacement.

§ III. — Diagnostic.

Selon Safford Lee (2), la rétroflexion peut être confondue avec les maladies suivantes :

I. *Avec la rétroversion.* — Dans la rétroversion le col est dirigé en avant vers le pubis ; dans la rétroflexion, il est encore derrière le pubis, mais dirigé de haut en bas et, de plus, il forme un angle avec le corps de l'organe.

(1) Rigby, *Medical Times*, 1846.
(2) Safford Lee, *Med. Gazette*, 29 juin 1848.

II. *Avec les tumeurs de l'ovaire.* — Grâce à la sonde utérine, on reconnaît facilement si la tumeur appartient ou non à l'utérus. Cependant, quand il y a à la fois rétroflexion et affection de l'ovaire, le diagnostic est difficile. La sonde est encore utile en pareil cas pour aider à faire la part de chaque lésion.

III. *Avec les tumeurs fibreuses de la paroi postérieure de l'utérus.* — Par le toucher on ne peut, en pareil cas, arriver au diagnostic, puisqu'on trouvera tout à la fois une tumeur postérieure et un angle à la réunion du corps et du col. C'est encore seulement à la sonde qu'il faut avoir recours; en cas de tumeur fibreuse, elle pénètre directement dans l'utérus.

§ IV. — Traitement.

La première question à résoudre est celle-ci: Dans les accidents éprouvés par la malade quelle part faut-il faire à la rétroflexion même et quelle part à la cause qui y a donné lieu? Quels moyens employer pour faire disparaître cette cause, si elle existe encore? Et enfin, quels sont les plus sûrs moyens de soulager la malade des douleurs causées par la rétroflexion?

Nous avons mentionné plus haut les causes de ce déplacement; c'était déjà indiquer en grande partie ce qu'il y a à faire. Pour le moment, nous avons surtout à considérer la rétroflexion comme accident permanent. Je suis sûr que, dans beaucoup de cas, le repos et peut-être quelques saignées locales, des injections astringentes, sont très-utiles. Le repos doit être très-prolongé; les saignées seront faites au moyen d'applications de sangsues ou de scarifications; il faut surveiller avec grand soin l'état général.

Dans les cas où le déplacement est considérable et date de longtemps, quoique l'utérus soit remis en place, il retombe bientôt et l'on ne semble pas avoir gagné de terrain. En pareil cas, on est arrivé naturellement à l'idée d'un support mécanique. [M. Hervez de Chegoin a inventé le *pessaire en cylindre échancré* (fig. 139)]; Simpson (1) a imaginé divers pessaires et le *redresseur utérin* (fig. 140-141). Une tige en métal ou en ivoire est introduite dans l'utérus et communique dans sa partie inférieure avec un support qui reste en dehors : par ce moyen la matrice est maintenue dans une position fixe.

A première vue, cet instrument paraît devoir remplir le but, mais l'expérience a démontré qu'il est souvent très-dangereux.

Kiwisch (fig. 142), Protheroe Smith, Hensley, Lee, Valleix, Destchy, ont beaucoup varié ce genre de pessaire; d'autre part, Ashwell et Old-

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, août 1843, t. III, *Contributions to the pathology and treatment of diseases of the uterus; On retroversion of the non impregnated uterus* (*Dublin quart. Journ.*, mai 1848, t. V).

ham ont rapporté des exemples d'accidents et même de mort par suite de l'usage du redressement utérin. Pour ma part, j'ai vu deux fois, à la suite de l'application de cet instrument, des douleurs tellement insupportables qu'il fallut le retirer dans les vingt-quatre heures. J'hésiterai donc beaucoup à en jamais conseiller l'emploi, bien qu'il puisse paraître quelque-

Fig. 139. — Pessaire en cylindre échancré de M. Hervez de Chegoin.

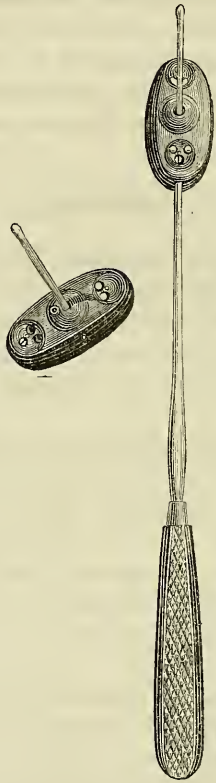


Fig. 140-141. — Redresseur utérin de Simpson.

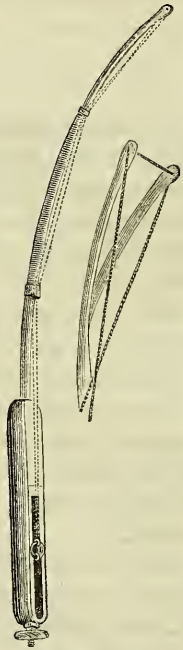


Fig. 142. — Redresseur de Kiwisch.

fois utile. Toujours est-il que, si on l'applique, la malade doit être condamnée à un repos absolu, surveillée avec le plus grand soin et, à la moindre douleur, il faut enlever l'instrument.

[[West rejette également les redresseurs et l'usage de la sonde utérine comme moyen de redressement ; cet instrument agissant pendant un temps trop court, laisse les déviations se reproduire ensuite.

M. Depaul a aussi condamné énergiquement les redresseurs laissés à demeure pendant un certain temps dans la cavité utérine, et la méthode qui consiste à redresser l'utérus par un mouvement convenable de l'hystéromètre.

Il accuse les redresseurs de pouvoir déterminer des hémorrhagies, des

fissures rectales, des ulcérations du rectum, la métrite, la métro-péritonite, des abcès pelviens et même la mort. « De plus, dit M. Depaul, les faits qui ont été produits pour démontrer l'efficacité du traitement par les redresseurs intra-utérins ont été mal interprétés.

« En affirmant que l'utérus momentanément redressé avait dans la majorité des cas conservé la position nouvelle qu'on lui avait donnée, on s'est trompé ainsi que peuvent l'observer chaque jour les médecins qui sont appelés à examiner des femmes qui ont été soumises à ce traitement, et chez lesquelles ils constatent la persistance de la déviation.

« En attribuant les guérisons ou les améliorations observés aux pessaires intra-utérins, on a oublié que concurremment, on avait employé un grand nombre d'autres moyens dont l'action bien connue explique les résultats obtenus (1). »]]

J'ai essayé un pessaire en gutta-percha destiné à distendre le cul-de-sac postérieur du vagin. J'ai réussi dans plusieurs cas, mais depuis j'ai fait usage des pessaires inventés par H. Hodge, de Philadelphie (2), et je les ai trouvés incomparablement meilleurs (fig. 143). La portion verticale est introduite derrière le col et occupe la place où, en cas de rétroversion, on trouve le fond de l'utérus. Il n'est pas toujours absolument nécessaire et ce n'est pas toujours facile de redresser immédiatement l'organe. Le pessaire arrive à ce résultat par une pression douce et continue; il ne donne lieu à aucune irritation locale; il peut être supporté pendant des mois, et n'empêche pas d'ailleurs les rapports sexuels. Je l'ai appliqué plusieurs fois avec un succès constant; je puis donc le recommander en toute confiance comme le meilleur mode de traitement. On peut le faire en caoutchouc vulcanisé ou en métal recouvert de gutta-percha. Le point important, c'est qu'il ait juste les dimensions convenables. [Braun (3) a expérimenté le *pessaire-levier* de Hodge et en a publié les heureux résultats.]

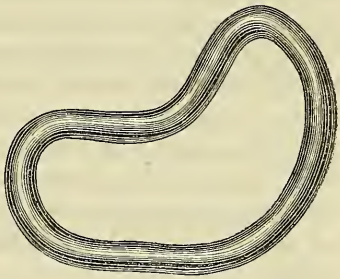


Fig. 143. — Pessaire-levier d'Hodge.

M. Amussat a proposé de déterminer une inflammation adhésive entre la surface du col et la muqueuse vaginale; il rapporte deux exemples de succès (4).

(1) Depaul, *Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra utérins* (*Rapport à l'Académie de médecine* in *Moniteur des Hôpitaux*, 1854).

(2) Hodge, *Diseases peculiar to women*. Philadelphia, 1860, p. 330; *The principles and practice of obstetric*. Philadelphia, 1864, p. 416.

(3) Braun, *Wiener med. Wochenschrift*, 1864, analysé par Van den Corput (*Journ. de méd., de chir. et de pharmacologie*. Bruxelles, 1865, t. XL, p. 128, avec figures).

(4) Amussat, *Gazette médicale*, mars 1850.

[Aucun de ces moyens n'est infaillible, et le seul but qu'on doive chercher à atteindre, c'est d'immobiliser autant que possible l'utérus.]

ARTICLE II.

RÉTROVERSION PENDANT LA GROSSESSE.

Ce déplacement est rare; il ne doit, du reste, se produire que tant que l'utérus est dans la cavité pelvienne, c'est-à-dire avant la dix-huitième semaine.

Dans ce mode de déplacement, le col utérin vient appuyer sur l'urèthre à son point de jonction avec la vessie. La lèvre postérieure du col devient inférieure et l'utérus se place horizontalement dans le bassin, suivant son axe antéro-postérieur. Je fus appelé une fois pour un cas de rétroversion dans lequel les rapports normaux étaient entièrement renversés: le fond de l'utérus se trouvait entre le vagin et le rectum, et le col était porté en haut vers la vessie, mais sans presser sur le col vésical. On pouvait encore faire pénétrer facilement un cathéter dans la vessie. La situation du vagin est toute spéciale; la paroi postérieure est déprimée, par suite du renversement du corps de l'utérus, tandis que la paroi antérieure est portée en haut et en avant avec le col utérin. Au lieu donc d'être dirigé d'avant en arrière vers le sacrum, l'utérus se trouve incliné d'arrière en avant vers la symphyse. Pour qu'il y ait une véritable rétroversion, il faut que le fond de l'utérus descende plus bas que le promontoire du sacrum.

§ I. — Causes.

Suivant la cause, cet accident peut se produire lentement et graduellement, ou il peut survenir tout à coup. Jourdan considère comme des causes prédisposantes une trop grande largeur du bassin et la proéminence exagérée du promontoire sacré. Les femmes maigres y sont aussi plus exposées que les femmes grasses. Le prolapsus de la paroi antérieure du vagin est une cause prédisposante.

Parmi les causes qui agissent directement, on peut citer: le relâchement des ligaments inférieurs de l'utérus (1), l'augmentation de poids d'une portion de l'utérus, telle qu'une grossesse au début, une môle, une tumeur (2) pédiculée ou non, une grossesse extra-utérine (3). J'ai vu la rétroversion se produire le premier jour des règles, quand le poids de l'organe était augmenté par l'afflux du sang.

(1) Billi, *Cas de rétroversion singulière de l'utérus* (*Gazetta medica di Milano*, 4 janv. 1845; *Annales de la chirurgie*, 1845, t. XV, p. 113).
(2) Brown, *Dublin Journ.*, janvier 1838, p. 356.
(3) *Medico-chirurgical Review*, janvier 1827, p. 207.

Baud cite deux cas de rétroversion qui se produisirent quelques jours après l'accouchement; l'utérus était hypertrophié, par suite beaucoup plus lourd, et le seul effet d'une purgation énergique produisit un déplacement.

John Pearson (1) et Blundell ont vu des rétroversions avec des squirrhes. Callisen et Blundell mentionnent aussi des faits de rétroversion à la suite d'un accouchement. La distension extrême de la vessie par l'urine, pendant plusieurs heures, a été encore signalée.

Blundell dit qu'un ovaire hypertrophié peut agir de la même manière. J'ai vu des rétroversions dans des cas de tumeurs pelviennes. Dans toutes les diverses conditions que nous venons d'énumérer, il suffit d'un effort violent et subit pour produire la rétroversion; ainsi, un effort pour soulever un fardeau, pour vomir ou aller à la garde-robe, une chute ou un coup, produisent encore le même résultat. Une fois la rétroversion commencée, elle se complète promptement.

[[Le docteur Dehous (de Valenciennes), dans un mémoire très-remarquable sur la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, passe en revue avec le plus grand soin, les diverses causes qui peuvent déterminer cette rétroversion.

L'auteur divise les causes de ce déplacement en causes *prédisposantes*, et causes *occasionnelles*. Les premières sont anatomiques, physiologiques ou pathologiques : les causes anatomiques résident dans une rétroversion antérieure à la grossesse, les causes physiologiques sont d'un côté le fait même de la grossesse, qui rend le corps de l'utérus plus lourd et facilite son mouvement de bascule en arrière ; de l'autre la constipation, et la rétention d'urine. Les causes pathologiques sont: 1° un certain degré d'étroitesse du bassin, c'est-à-dire une saillie très-forte du promontoire avec mouvement de bascule ou de projection en avant du sacrum et forte courbure de ces os en arrière; 2° un bassin représentant un excès d'amptitude avec ou sans exagération dans les diamètres du détroit supérieur; 3° les tumeurs osseuses qui peuvent porter obstacle à l'évolution et à l'élévation de l'utérus; 4° tout ce qui peut augmenter le poids de l'utérus vers sa partie supérieure ou postérieure, ainsi un engorgement dû à une métrite chronique, la présence d'un polype, d'un corps fibreux; 5° les obstacles mécaniques apportés par les tumeurs qui peuvent siéger dans le voisinage de l'utérus; 6° des brides et des adhérences reliquats de pelvi-péritonite; 7° l'abus du coït; 8° le relâchement des ligaments et du vagin par suite de grossesses antérieures; 9° l'allongement et l'atrophie des ligaments postérieurs de nature élastique, survenant pendant la grossesse.

Les causes occasionnelles sont pour le même auteur: 1° un effort violent pour soulever ou pousser un fardeau; 2° un choc sur le ventre; 3° le saut, les chutes, la danse, la course, une secousse violente comme

(1) Pearson, *On cancer*.

celle que produit une voiture non suspendue, une toux opiniâtre, des vomissements; 4° une chute à la renverse, un simple faux pas; 5° une contraction brusque et énergique des muscles abdominaux pour éviter un coup, une chute; 6° l'influence fâcheuse du corset et des vêtements trop serrés; 7° les impressions morales fortes et promptes, la frayeur, la colère par exemple. Il y a alors une inspiration exagérée et par suite une contraction du diaphragme qui vient presser sur la masse intestinale; 8° enfin l'auteur cite un cas de rétroversion survenue chez une femme au moment où elle se baissait pour laver du linge, une autre chez une femme qui s'était fatiguée à arracher de l'herbe, un dernier, à la suite du refoulement brusque du col dans un cas de prolapsus (1).]]

§ II. — Symptômes.

Nauche dit que la rétroversion peut exister sans donner lieu à aucun symptôme; mais ce fait doit être rare.

Le symptôme le plus gênant, le premier qui attire l'attention des malades, et le seul sur lequel les médecins soient consultés, est la rétention partielle ou complète des urines. « J'ai constaté, dit Blundell, que, dans les cas de rétroversion par grossesse, on n'a pas toujours, on n'a même pas ordinairement de rétention complète de l'urine, parce que la rétroversion n'est pas complète. Chaque jour le liquide est rejeté, mais en quantité insuffisante, et la vessie ne se vide jamais. La malade a beau faire des efforts pour uriner, l'organe s'emplit de plus en plus. Les membres inférieurs peuvent devenir œdémateux; l'abdomen se distend comme dans l'ascite; la vessie, arrivée à ses dernières limites, laisse échapper goutte à goutte l'urine involontairement, et, en face de ces symptômes, on peut croire alors à une ascite, à une hydropisie de l'ovaire ou de l'œuf, ou encore à toute autre maladie. On n'agit pas comme on devrait le faire, et en pareil cas la vessie peut éclater. Si même la vessie se vide, une inflammation chronique peut se produire, ou une fausse couche a lieu. »

Il faut donc, en cas de dysurie avec grossesse au début, ne jamais manquer de faire un examen vaginal. Si la rétention de l'urine persiste pendant quelque temps, la vessie distendue remonte au-dessus du détroit supérieur du vagin. La pression du fond de l'utérus sur le rectum arrête aussi plus ou moins complétement le passage des matières fécales, et il en résulte une constipation opiniâtre, ou du moins une grande difficulté pour aller à la garde-robe.

W. Hunter fait observer que tous les cas de rétroversion qu'il a vus se sont produits vers le troisième mois, un peu plus tôt, un peu plus tard, et qu'ils ont tous donné lieu à une grande difficulté, peu à peu à une impossibilité d'uriner, et ensuite d'aller à la garde-robe. Quand ces accidents ont

(1) Dehous, *De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.* Lille, 1870.

lieu, ils aggravent la maladie, d'abord par les douleurs qu'ils causent, et ensuite parce que les matières fécales et l'urine accumulées viennent presser sur l'utérus et augmentent le déplacement. Dans un cas de Marcet (1), la constipation et les vomissements étaient le symptôme prédominant.

La malade accuse de la plénitude et une pesanteur dans le bassin, des tiraillements dans les reins, des élancements dans le bas-ventre, qui ressemblent aux douleurs de l'accouchement et qui font craindre une fausse couche. Cet état pénible ne peut se prolonger sans donner lieu à des souffrances générales très-grandes. La malade perd l'appétit, souffre constamment; le pouls devient rapide, la fièvre est continue, la langue chargée, la peau chaude; il y a une soif et une agitation continues. Les fonctions intestinales sont quelquefois entièrement troublées : il y a des vomissements de matières stercorales. Si l'on ne vide pas la vessie, elle peut se rompre, et l'urine répandue dans le péritoine donne lieu à une péritonite mortelle. Si, au contraire, on donne issue à l'urine, il se peut encore que la vie de la malade soit compromise par une fièvre grave, ou par l'inflammation de l'utérus, et plus tard par la gangrène. Gooch dit « que la rétroversion de l'utérus entraîne quelquefois la mort ou par irritation, ou par inflammation, ou par rupture de la vessie. »

Observation I. — Dans le premier cas que j'ai vu, dit-il, la mort fut le résultat de l'inflammation. La malade en était au quatrième mois de sa grossesse. Elle était restée neuf jours sans uriner ni aller à la garde-robe. Le pharmacien du village lui avait donné comme diurétique de l'éther nitrique. J'introduisis la sonde très-peu avant dans le canal, et je retirais plusieurs litres d'urine mélangée de sang et de matières puriformes. Elle avait des douleurs très-vives dans la région de la vessie, en même temps que les symptômes ordinaires d'une inflammation ; mais, en dépit des saignées et des purgatifs, elle mourut subitement. A l'autopsie, on trouva l'utérus enflammé et encore en rétroversion. La fausse couche avait eu lieu immédiatement après la sortie de l'urine.

Si l'on pratique l'examen des parties internes, on trouve que le vagin, au lieu de se diriger vers le sacrum, s'incline de plus en plus vers le pubis; la paroi postérieure se replie, pendant que l'antérieure est tendue; derrière la paroi vaginale postérieure, entre cette paroi et le rectum, on trouve une tumeur saillante qui se continue à travers tout le bassin, et que l'on retrouve d'ailleurs en avant contre le pubis; cette tumeur est la matrice. Il est rare que l'on puisse porter ainsi le doigt sur la partie inférieure de l'utérus sans provoquer de douleurs; le cathétérisme est quelque peu douloureux; il faut porter la pointe de la sonde tout près de la symphyse, et pousser tout doucement pour la faire pénétrer. Quelquefois, pour une cause ou pour une autre, on ne peut venir à bout de sonder.

(1) Marcet *in* Cooper, *On hernia*, part. II, p. 60.

L'autopsie révèle toujours le déplacement et, de plus, la cause de la mort; que ce soit l'inflammation de la vessie et de l'utérus, ou bien la rupture de l'un de ces organes et une péritonite consécutive.

[Nous pouvons rapprocher du fait précédent l'observation suivante, publiée par Courtois, de Coulommiers (1).

Observation II. — *Rétroversion et prolapsus de l'utérus à trois mois et demi de grossesse. Mort de la malade.* — Le 18 août 1864, je fus appelé en consultation par un confrère auprès de madame X..., âgée de vingt-cinq ans, primipare et malade depuis un mois environ. Voici ce qui était arrivé :

Cette jeune femme, mariée depuis quatre mois, n'a pas vu ses règles reparaître depuis cette époque ; aussi se croit-elle enceinte depuis trois mois et demi à peu près. Elle est petite, peu forte, mais bien conformée cependant. Toujours bien réglée, elle n'a jamais eu de flueurs blanches et n'a jamais fait, du reste, aucune maladie. Il y a un mois, elle ressentit, en lavant, une douleur vive dans l'abdomen, et aussitôt les eaux s'écoulèrent en quantité assez considérable. Cet écoulement dura encore quelques jours, après quoi il finit par s'arrêter spontanément. Ce fut alors que, voyant son mal s'augmenter encore, elle consulta son médecin ordinaire, qui put alors facilement constater une rétroversion de l'utérus dont le fond reposait dans la concavité du sacrum, tandis que le col, remonté derrière la symphyse des pubis, était inaccessible au toucher.

Le cas parut grave; aussi un premier confrère fut-il appelé en consultation. Après quelques manœuvres peu heureuses et sur lesquelles je n'ai pas à m'appesantir, il fut décidé qu'on abandonnerait la malade aux ressources de la nature. Cependant, comme la nature ne pouvait pas tout faire, qu'il y avait rétention complète de l'urine et presque complète des matières fécales, on prescrivit de sonder la malade quatre fois par jour et d'administrer un purgatif toutes les fois que le besoin s'en ferait sentir. On était alors au quinzième jour de la maladie ; et madame X..., bien qu'il y eût déjà de la fièvre, était encore dans un état général assez satisfaisant.

Mais le mal fit des progrès rapides; la fièvre, de faible et d'intermittente qu'elle était, devint forte et continue, et cinq jours avant mon arrivée, la malade, en se retournant dans son lit, sentit un craquement violent dans le bas-ventre. A partir de ce jour, les douleurs furent plus vives, plus fréquentes, et la rétention des matières fécales complète. On donna du calomel, des vomissements survinrent, le hoquet apparut, et ce ne fut que deux jours après que quelques selles liquides procurèrent un peu de soulagement à la malade. L'état devenait inquiétant ; ce fut alors qu'on me demanda à mon tour. Voici l'état dans lequel je trouvai la malade mon arrivée.

Elle est au lit dans le décubitus dorsal; la face pâle et fatiguée exprime la souffrance; la langue est blanche, peu humide, rouge sur ses bords; les dents et les gencives sont fuligineuses. La peau est sèche et chaude, la soif vive; inappétence. Un hoquet qui remonte à plusieurs jours est devenu preque continuel ; tendance aux syncopes. Pouls petit, faible, dépressible, mais encore régulier cependant. Rien au cœur ni dans les poumons.

(1) Courtois, *Gazette des hôpitaux*, 8 décembre 1864, p. 570.

Le ventre est très-sensible, surtout vers les régions iliaques, moins à l'hypogastre, où on sent parfaitement la vessie distendue par l'urine. La sonde, qui n'entre que difficilement (celles de gommes seules peuvent servir) et qu'on est obligé d'introduire à une très-grande profondeur, donne issue à un liquide d'un brun verdâtre, épais, laissant déposer par le refroidissement, et d'une odeur extrêmement fétide, assez analogue à l'odeur de la gangrène humide. Une seule fois, il y a déjà quelques jours, la malade urina, à ce qu'il paraît, du sang presque pur. Efforts continuels et immodérés d'expulsion du côté du rectum.

Quant à la rétention des matières fécales, elle est maintenant complète; les gaz mêmes passent difficilement, aussi y a-t-il un ballonnement assez marqué du ventre. Le toucher rectal permet de reconnaître une tumeur dure, volumineuse, arrondie, qui remplit toute la concavité du sacrum, en s'appuyant sur le périnée et sur l'anus qui fait saillie en dehors. Quant au rectum, il est aplati comme un ruban.

En avant, la vulve dilatée donne passage au col de l'utérus, qui, gonflé, ramolli, sort de deux travers de doigt au dehors. Sa cavité ne donne issue à aucun liquide. Il y a donc rétroversion et prolapsus de l'utérus, et de plus une rétroflexion, de telle sorte que la matrice doit présenter la figure d'une cornue, le col incliné sur le corps. J'ajouterai, pour compléter cet examen, que la malade a déjà eu quelques frissons, et qu'un prurit insupportable se manifeste autour du méat urinaire après chaque cathétérisme.

Un pareil état de choses était évidemment très-grave, et une décision facile encore à prendre, quinze jours auparavant, était aujourd'hui d'une difficulté très-grande, car la faiblesse extrême de madame X... et l'état inquiétant de la vessie m'inspirait de sérieuses inquiétudes sur le résultat définitif de la maladie.

Cependant, comme il était à peu près certain qu'un pareil état de choses abandonné à la nature se terminerait fatalement par la mort dans un délai très-rapproché, je résolus, et c'était maintenant une mince ressource, de tenter la réduction, et au besoin l'avortement, si les tentatives de réduction étaient impuissantes. Mais, avant tout, je voulus calmer les souffrances de la malade et lui donner quelques forces pour supporter l'opération. En conséquence, des cataplasmes légèrement narcotiques furent appliqués sur le bas-ventre (la malade ne pouvait pas supporter les bains), et je fis donner en même temps du sulfate de quinine et de l'extrait de quinquina. Mon confrère devait surveiller la malade de très-près.

Je revins le surlendemain matin; la malade est plus calme, mais si faible que j'hésite à entreprendre la réduction de la matrice dans des conditions aussi désastreuses. L'essai que nous avions fait indiquait clairement qu'on ne pouvait attendre davantage; sollicité de plus par la famille et par madame X... elle-même, je résolus d'agir.

En conséquence, le rectum et la vessie étant vidés, je fais mettre la malade dans la position indiquée par M. Godefroy, de Rennes (1), c'est-à-dire la tête en bas par trois aides, j'essaye de réduire avec les quatre doigts introduits dans le

(1) Eugène Godefroy, *De la rétroversion de l'utérus*. Thèse, Paris, 1858, n° 86; *Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 214; *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1846.

rectum, qui, chez les femmes enceintes, se laisse facilement dilater. Deux tentatives, trop courtes malheureusement, car elles ne durèrent pas plus d'une minute chacune, ne purent nous donner aucun résultat, et amenèrent presque deux syncopes chez notre malade. Craignant de la voir passer dans mes mains, je m'arrêtai, résolu de pratiquer dès le lendemain un avortement que le prolapsus rendait facile, si toutefois il n'arrivait pas seul d'ici là. Les toniques furent continués; on administra même un peu de bouillon de poulet, qui ne fut pas rendu.

Dans la soirée, quelques douleurs se firent sentir, et dans la nuit madame X... accoucha d'un fœtus mort que je ne pus pas examiner. La malade se sentit très-bien dans la matinée, quand, vers midi, elle fut prise d'une faiblesse subite, et mourut avant qu'on eût eu le temps de lui porter secours.

Les cas de rétroversion simple, sans être communs, sont cependant assez répandus dans la science; ceux qui se compliquent de prolapsus sont plus rares; aussi Martin (de Lyon) (1), décrit-il un cas analogue à celui-ci comme une variété nouvelle. Quoi qu'il en soit, le pronostic de cette affection est en général très-grave (2); elle nécessite dans presque tous les cas une intervention aussi prompte que possible; car, lorsqu'elle arrive à une époque déjà avancée de la grossesse, les accidents qu'elle détermine peuvent devenir promptement mortels.

Aussi tous les médecins accoucheurs dont le nom fait autorité, tels que Scanzoni (3), John Burns (4), Jacquemier, Moreau (5), Nægelé (6), Chailly-Honoré (7), etc., prescrivent-ils tous la réduction immédiate, et l'avortement si la réduction ne peut se faire et que les symptômes soient menaçants. Le danger de l'avortement sera toujours moins grand que celui auquel le renversement expose la femme.

Dans le cas qui nous occupe, dit M. Courtois, quinze jours auparavant, alors que le prolapsus n'existait pas encore, j'aurais eu à ma disposition des moyens de réduction plus nombreux, et l'état de la malade n'aurait pas rendu mes efforts inutiles. Le procédé de Négrier (d'Agen), employé avec succès par M. Gosselin (8), aurait pu nous servir, si les procédés par le rectum n'avaient pas réussi; enfin, on eût eu comme ressource extrême le chloroforme, que la faiblesse de la malade ne me permit pas d'employer.

Maintenant, à quoi a succombé la malade? A une simple faiblesse

(1) Martin le jeune, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques sur plusieurs maladies et accidents graves qui peuvent compliquer la grossesse.* Paris, 1835.

(2) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 6e édition. Paris, 1862, p. 326.

(3) Scanzoni, *Traité d'accouchements*, p. 116-117.

(4) Burns, *The principles of midwifery*, 10e édition. London, 1849, p. 298.

(5) Moreau, *Traité pratique des accouchements.* Paris, 1838, p. 222.

(6) Nægelé, *Manuel d'accouchement.* Paris, 1857, p. 115.

(7) Chailly-Honoré, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5e édition. Paris, 1867.

(8) Gosselin, *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 526, et *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité.* Paris, 1873, t. II.

amenée par la fièvre hectique qui la menait depuis près de quinze jours, ou à une gangrène d'un des organes du bassin, de la vessie, par exemple? C'est ce que l'autopsie n'a pas permis à M. Courtois de vérifier.

Enfin, il est un autre accident qui peut survenir à la suite de la rétroversion, je veux parler de l'enclavement de l'utérus gravide, qui, par les progrès mêmes de son évolution, peut se dégager spontanément; d'autres fois, au contraire, l'enclavement augmente et détermine des accidents plus ou moins graves, si l'on n'y porte un prompt remède, témoin l'exemple suivant, recueilli dans le service de M. Barth, à l'Hôtel-Dieu (1):

Observation III. — *Rétroversion utérine à quatre mois de grossesse; enclavement de l'utérus dans le petit bassin; redressement par la main introduite dans le rectum.* — Le 12 août 1864, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans la salle Saint-Landry, n° 28, la nommée B... (Pauline), âgée de trente-huit ans, journalière. De taille peu élevée, cette femme paraît avoir le bassin bien conformé. Elle est habituellement d'une excellente santé, et n'a eu d'autre maladie sérieuse que la petite vérole à l'âge de quinze ans. Réglée pour la première fois à seize ans, elle a eu depuis ce temps des menstrues toujours régulières, et, dans l'intervalle, des flueurs blanches assez considérables.

Mariée à l'âge de trente ans, elle eut à trente et un ans une première grossesse, qui, arrivée à cinq mois, s'accompagna, sans cause appréciable pour la malade, d'un œdème indolore des deux membres inférieurs; et cette infiltration persista, en présentant quelques alternatives d'augmentation et de diminution, jusqu'au moment de l'accouchement. Celui-ci fut lent, pénible; la malade resta deux jours dans les douleurs. Le travail se termina néanmoins sans nécessiter l'emploi du forceps. Les suites de couches furent régulières; la malade nourrit son enfant dix-sept mois et vit revenir les menstrues le dix-huitième.

Trois ans plus tard, à trente-quatre ans, arriva une deuxième grossesse, qui se passa très-régulièrement jusqu'à la fin. L'accouchement fut plus facile que le premier. La malade nourrit encore son enfant pendant treize mois, et le retour des règles eut lieu un mois après. Depuis lors les menstrues restèrent toujours régulières jusqu'au mois d'avril 1864, époque où elles disparurent complétement, ce qui fit penser à une nouvelle grossesse.

Le 27 juillet, à la suite d'un effort qu'elle fit pour soulever un seau plein d'eau, la malade ressentit une douleur aiguë dans la région hypogastrique.

Huit jours après, le 4 août, elle ne put ni uriner ni aller à la selle. Cet état dura jusqu'au 12, époque de son entrée à l'hôpital.

A la visite du 13, la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, dans la région des lombes, à la partie supérieure des cuisses. L'hypogastre présente une tumeur globuleuse, faisant une forte saillie en avant, partout mate à la percussion, assez ferme, mais élastique, convexe à son bord supérieur, lequel s'élève jusqu'à l'ombilic.

Interrogée de nouveau, la malade « croit être enceinte de six à sept mois », c'est du moins ce que lui a dit une sage-femme. Cependant, c'est depuis

(1) Barth, *Gazette des hôpitaux*, 27 septembre 1864, p. 449.

quatre mois seulement que ses règles ont cessé de paraître. Quelle était cette tumeur? S'agissait-il d'une grossesse avec forme insolite de l'utérus contenant peu de liquide? Mais le palper n'y faisait constater aucune partie solide, aucun mouvement spontané; l'auscultation n'y faisait percevoir ni souffle ni doubles battements.

Le cathétérisme lève une partie des doutes, en évacuant par la sonde environ deux litres d'urine. A mesure que le liquide s'écoule, la tumeur du bas-ventre s'affaisse; mais, quand la vessie est vidée, l'hypogastre est aplati, et par le palper on n'y constate pas la tumeur que formerait l'utérus dans une grossesse de quatre mois. En pratiquant le toucher vaginal, on ne trouve pas le col utérin; le cul-de-sac postérieur du vagin est effacé; immédiatement derrière la fourchette, on rencontre une tumeur dure, arrondie, qui ne permet pas de pénétrer plus profondément; en dirigeant le doigt en avant, on ne trouve pas le col non plus, et l'on sent la tumeur précitée se continuer vers la région antérieure du petit bassin; ce n'est qu'en portant l'index et le médius très-profondément, en haut et en avant, que l'on rencontre derrière la symphyse du pubis une petite partie plus souple, séparée du corps de la tumeur par un sillon étroit, et l'on reconnaît à ce caractère la lèvre postérieure de la matrice. En touchant par le rectum, on retrouve la tumeur précitée appuyant en arrière contre la face antérieure du sacrum, dont elle remplit ainsi toute la concavité.

A ces caractères, on reconnaît l'utérus distendu et en état de rétroversion complète. Dès lors, on s'explique facilement, non-seulement la rétention d'urine et des matières fécales, mais aussi le peu de développement du bas-ventre pour une grossesse de quatre mois. En effet, la matrice ainsi renversée en arrière aplatissait le rectum par son fond contre la face antérieure du sacrum, et, par son col porté derrière le pubis, elle comprimait le col de la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne. De plus par le fait de son renversement en arrière dans le petit bassin, l'utérus ne faisait aucune saillie apparente à l'hypogastre.

Ce déplacement (constaté par plusieurs médecins présents) ne pouvait se prolonger sans danger pour la malade. Cependant l'utérus ne pouvait être redressé ni par le doigt porté dans le rectum, ni par l'index et le médius introduits dans le vagin.

Après plusieurs jours de repos et quelques bains, les choses restant dans le même état, le 18 août M. Barth procéda au replacement de la matrice de la manière suivante :

Un demi-lavement d'huile pure avait été préalablement administré avant la visite. La malade fut placée à genoux sur son lit, le corps penché en avant, appuyée sur les coudes et la tête reposant sur le traversin. Mettant à profit la dilatabilité de l'intestin, M. Barth introduisit dans le rectum d'abord l'index, puis le médius, et après une dilatation opérée par l'écartement de ces deux premiers doigts, il fit pénétrer aussi, successivement, le troisième et le quatrième doigt, et enfin la main entière (le pouce seul excepté).

La main ainsi introduite (plus facilement qu'on ne pourrait le croire) permettait d'agir sur une large surface. Exerçant alors sur la face postérieure de la tumeur des pressions graduées, de bas en haut et d'arrière en avant, il sentit l'utérus céder peu à peu, et, après quelques efforts modérés, fuir en quelque

sorte sous la pression. Les doigts, se mouvant aussitôt librement dans le petit bassin, purent distinguer nettement l'angle sacro-vertébral faisant une saillie assez prononcée.

La malade étant alors replacée sur le dos, le doigt introduit dans le vagin retrouva immédiatement le col de l'utérus revenu à sa position et à sa direction normales, et les personnes attachées au service purent aisément reconnaître que la tumeur du petit bassin avait disparu, que les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin avaient repris leur disposition naturelle, et que le col utérin se présentait au centre du vagin avec ses lèvres et son orifice bien distincts. En même temps, la palpation abdominale constatait la présence du fond de l'utérus au-dessus du pubis.

Dès le jour même, la malade put évacuer librement les matières fécales sans le secours de lavements, et dès le lendemain elle put rendre l'urine sans l'aide de la sonde. Toutes douleurs avaient disparu, et le 25 août la malade quitta l'hôpital après que l'on eut constaté que l'utérus avait conservé la position normale dans laquelle il avait été heureusement replacé.]

§ III. — Diagnostic.

Les symptômes principaux sont la rétention soudaine et plus ou moins complète de l'urine et la constipation. Ces signes seuls doivent conduire à un examen, et alors on découvre la cause mécanique du déplacement de l'utérus.

Il faut faire le diagnostic :

I. *Avec l'antéversion.* — L'orifice utérin, au lieu d'être postérieur, se trouve antérieur ; il n'y a pas de rétention d'urine bien accusée.

II. *Avec les tumeurs du bassin.* — Une fois le col bien trouvé, on suit le long du corps, et l'on constate la situation exacte de cet organe, s'il est ou non en rétroversion. Du reste, les tumeurs du bassin ne donnent pas, en général, lieu à de la rétention d'urine.

[Denmann (1) cite un cas de diagnostic différentiel d'une rétroversion avec une tumeur refoulant en haut la matrice.]

Nauche rapporte un exemple de tumeur pelvienne qui fut prise pour une rétroversion.

Observation IV. — A la fin, comme dernière ressource, on fit une ponction utérine, tous les efforts ayant échoué pour réduire la rétroversion. La malade mourut, et l'on trouva une grossesse extra-utérine : le fœtus se trouvait dans le bassin, entre les divers organes. Une fistule s'était ouverte entre la tumeur et le rectum.

En pareil cas, le diagnostic précis est excessivement difficile ; mais heureusement de pareils faits sont très-rares.

Ces observations s'appliquent aux cas de rétroversion et d'hydropisie de

(1) Denmann, *Introduction à la pratique des accouchements*, t. I, p. 149.

l'ovaire ; cependant, en pareil cas, le développement graduel de la tumeur est tout autre que le développement secondaire qui se produit dans les cas de rétroversion.

III. *Avec les ascites.* — La production rapide de la tumeur, la forme et, par-dessus tout, le cathétérisme font la base du diagnostic (1).

§ IV. — Traitement.

Tous les auteurs sont d'accord pour conseiller d'abord de ramener l'utérus à sa position normale ; toutefois, ceci n'est pas toujours facile et ne doit pas être essayé dès le début ; on doit, en premier lieu, introduire une sonde, si cela se peut, et vider complétement la vessie. Si l'utérus n'est pas très-volumineux, il peut se faire qu'une fois l'urine évacuée, l'organe se redresse de lui-même et cela même dans certains cas où l'on ne pourrait le remettre en place à moins de déployer une force considérable (2). A ce sujet, Hunter fait remarquer que, si l'on suppose la chose probable, il faut d'abord toucher par le vagin et le rectum pour se rendre compte de la situation ; ensuite on vide la vessie avec une sonde, on donne un lavement purgatif, et, une fois les intestins vidés, l'utérus reprend sa position sans aucune difficulté. Dans un cas, il a vu l'utérus reprendre ainsi sa position, immédiatement après les évacuations dont nous venons de parler. Dans un autre cas, le déplacement se reproduisit plusieurs fois jusqu'à ce que l'utérus devînt assez volumineux pour ne plus retomber en arrière. Ramsbotham (3) a rapporté huit cas de redressement naturel de l'utérus, une fois que la vessie avait été vidée. Pour ajouter à l'effet produit par l'évacuation de la vessie, Blundell et Duncan conseillent de faire placer chaque jour la femme pendant plusieurs heures sur ses genoux et ses coudes.

Si ces moyens échouent, on ne peut cependant rester inactif. Au bout de très-peu de temps, l'utérus devenu plus volumineux se fixerait dans cette position anormale, et par une pression continue sur les organes voisins, viendrait compromettre la vie des malades. En pareil cas, il faut d'abord s'assurer s'il y a, comme cela arrive souvent, inflammation de l'utérus ou de quelque organe voisin, et, si cela est, il faut faire une saignée du bras, prescrire des fomentations émollientes et un bain de siége chaud avant d'essayer seulement de redresser l'utérus. Cela fait, un doigt est introduit dans le rectum ou dans le cul-de-sac postérieur du vagin, un autre doigt dans le cul-de-sac antérieur du vagin, pour repousser le fond de l'organe

(1) Voyez Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article Acéphalocystes. Paris, 1829, t. I, p. 254. — Bellanger, *Mémoire sur la rétroversion de l'utérus* (*Revue médicale*, 1824, t. I, p. 229). — Lallemand, *ibid.*, 1824, t. II, p. 191. — Davaine, *Traité des entozoaires*. Paris, 1860.

(2) Ingleby, *Facts and cases*, p. 67.

(3) Ramsbotham, *Medical Times and Gazette*, 23 octobre 1852, p. 408 ; *Obstetric Medicine and Surgery*, 4e édition. London, 1856, p. 655.

en même temps qu'on abaisse le col (1). Si un doigt dans le rectum est insuffisant, on a proposé d'introduire toute la main; mais on peut se demander si un procédé aussi violent ne peut pas faire plus de mal que de bien. On repousse l'utérus en haut et en avant pour le dégager du promontoire du sacrum. Il est assurément difficile de faire passer le doigt au-dessus du col pour l'abaisser comme avec un crochet, et il me semble qu'on est justifié d'avoir recours, en pareil cas, à une pince à crochets. Je ne sache pas que ce procédé ait été employé, mais il me paraît remplir une indication utile, d'abaisser le col avant de relever le fond de l'utérus; si cela peut se faire, les autres temps de l'opération ne présentent plus aucune difficulté. Dugès (2) recommande d'introduire une sonde dans la vessie pour s'en servir à déprimer le col.

Pour remplacer la main, et comme moyen de réduction plus efficace, Ch. Halpin, de Cavin (Irlande), a proposé d'introduire dans le vagin une vessie vide, que l'on gonfle ensuite avec une pompe. Dans un cas où tous les autres moyens avaient échoué, il a employé avec succès ce procédé. Assurément, cette méthode devrait être essayée avant d'en venir aux procédés opératoires. Voici, du reste, le fait de Halpin : « Après avoir échoué avec la main, il me vint à l'idée qu'au moyen d'une poche bien gonflée, je remplirais le vagin et pourrais repousser les organes dans l'abdomen. Voici comment je m'y pris : J'attachai solidement une vessie vide d'air à l'extrémité d'une pompe à air; la vessie fut trempée dans de l'eau chaude pour prendre à peu près la température du corps, puis introduite dans le vagin entre le fond de l'utérus et le rectum. Je la maintins fortement en place, puis, au moyen de la pompe, je la distendis peu à peu. La malade se plaignit d'une sensation de gonflement et de tension, mais cependant sans une vraie douleur. Au bout d'un instant, je cessai d'insuffler de l'air et je constatai que la vessie exerçait de toutes parts une pression douce et continue. Après un espace de cinq minutes, j'insufflai une notable quantité d'air; tout à coup la malade me dit: Ah ! vous me repoussez quelque chose dans l'estomac. Je m'arrêtai et maintins tout en place; puis, ayant laissé échapper un peu d'air, j'introduisis un doigt dans le vagin; j'eus alors la satisfaction de constater qu'il n'y avait plus de tumeur dans le bassin, que l'orifice utérin était directement au bout de mon doigt porté en bas et en arrière. Alors seulement je retirai la vessie (3). »

(1) Hirt *in* Starke, *Archiv für Geburtshülfe*, t. I, p. 48. — Becher *in* Starke, *Archiv*, p. 136. — Kratzenstein *in* Seiss, *Specimen inaugurale sylloge observ. var.* Copenhague, 1782. — Vermandois, *Journal de médecine*, t. LXXXVIII. — Mursinna, *Abhandlung von den Krankheiten der Schwangern*, t. I, p. 58. — Haselberg, *Untersuchungen über einige Gegenstande der Geburtshülfe*. Berlin, 1807, p. 109. — Melitsch, *Abhandlung von der Umbeugung der Gebarmutter*. Prag., 1790. — Meckel *in* Abraham Wall, *Diss. de uteri gravidi retroflexione*. Halæ, 1782.

(2) Dugès, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. RÉTROVERSION. Paris, 1835, t. XIV, p. 355.

(3) Halpin, *On retroversion of the uterus* (*Dublin med. Journal*, 1er mars 1840, t. XVII, p. 76; *Archives gén. de méd.*, sept. 1840, p. 88).

Baud a imaginé un instrument composé de deux branches courbes pour passer, l'une dans le vagin et l'autre dans le rectum. Celle du rectum est plus longue; toutes les deux sont arrondies à leur extrémité. Suivant les circonstances, la branche vaginale peut être raccourcie ou allongée. Avec cet instrument, Baud a réussi plusieurs fois à remettre en place la matrice.

[M. Gariel (1) a proposé un pessaire à réservoir d'air qui se compose de deux pelotes à moitié remplies d'air avec tubes qui viennent s'attacher sur un robinet.

Avant de s'en servir, il faut faire passer d'un seul côté tout l'air contenu dans les deux pelotes (fig. 144 et 145) et fermer le robinet.

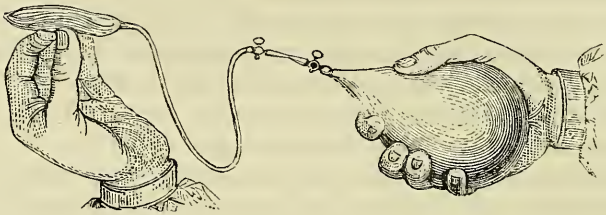


Fig. 144. — Pessaire à réservoir d'air (vide).

La pelote vide d'air (pelote-pessaire), roulée sur elle-même et réduite à un très-petit volume, est conduite sans résistance jusqu'au niveau du col de l'utérus; c'est alors qu'on ouvre le robinet et qu'en pressant avec la main sur la pelote remplie d'air (pelote-insufflateur), on dilate aussi peu et

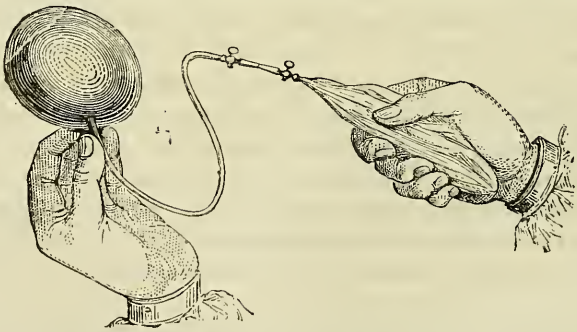


Fig. 145. — Pessaire à réservoir d'air (plein).

autant qu'on le juge nécessaire la pelote précédemment introduite; il ne s'agit plus que de fermer le robinet pour que cette dilatation persiste; la pelote restée à l'extérieur, vide à son tour et réduite au volume de ses

(1) Gariel, *Gazette des hôpitaux*.

parois, se fixe aux vêtements. (Le moyen le plus simple consiste à la passer dans un des cordons de la ceinture.) Elle est, comme je l'ai déjà dit, vide d'air, réduite au volume de ses parois, et ne produit jamais de gêne.

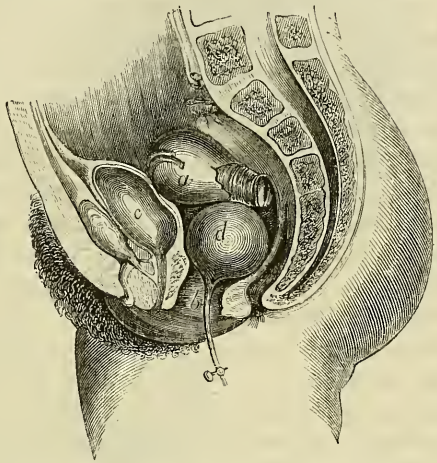


Fig. 146. — Pelote-pessaire en place avant la réduction.

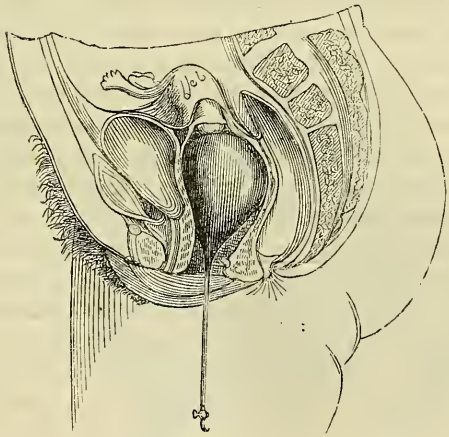


Fig. 147. — Pelote-pessaire en place après la réduction.

Le retrait de la pelote-pessaire est aussi simple que son introduction ; il s'opère en ouvrant le robinet; l'air, chassé de la pelote-pessaire par l'action combinée des intestins et des parois vaginales, reprend sa place dans la pelote-insufflateur, où il est tenu en réserve pour une nouvelle application.

Cette manœuvre est exécutée avec facilité et dès la première séance par les malades.

Les deux pelotes du pessaire à réservoir d'air peuvent être rendues indépendantes par l'addition d'un second robinet, dont le canon vient s'adapter exactement sur le canon du robinet déjà employé. L'appareil en place ne se compose plus alors que de la pelote-pessaire (fig. 146).]

Une fois que l'utérus a franchi le promontoire sacré, il reprend facilement sa position (fig. 147). En général, il y a toujours un peu d'inflammation : le vagin est chaud, sensible, il y a de la fièvre : mais des antiphlogistiques, des opiacés et du repos font facilement disparaître ces symptômes. La malade doit garder le lit pendant trois ou quatre semaines. S'il y a tendance à une rechute, une ou deux fois chaque jour, pendant une heure ou plus à la fois, on la fait placer sur les genoux et les coudes, et plusieurs fois chaque jour on vide la vessie avec la sonde pour prévenir toute accumulation d'urine (1). Si l'on suppose que la malade soit enceinte, il n'y a plus de danger de rechute, quand l'utérus a dépassé le bord du bassin, et la malade peut à ce moment reprendre ses occupations. Si, au contraire, elle n'est pas enceinte, un repos plus long sera nécessaire.

Alexis Favrot (2) a proposé pour la même affection une bouteille de caoutchouc qu'il propose d'appeler *réducteur à air* [et qui rappelle les appareils de Gariel. Quant au mode d'application, le réducteur étant vide d'air et préalablement chauffé dans la main, on le trempe dans une eau mucilagineuse. La femme est couchée sur le ventre, la tête un peu basse, on lui interdit tout effort; on introduit alors dans le *réducteur* (fig. 148, *d*), un mandrin qui permet, en lui donnant de la fermeté, de le faire pénétrer jusqu'à la tumeur qu'on y rencontre; le mandrin est alors retiré, on adapte la *pelote-insufflateur*, *e*, et, à mesure que le réducteur se distend, on apprécie par le toucher vaginal le mouvement que subit la matrice, *a;* quand l'organe a repris sa position normale, on ferme le robinet de la tige (fig. 149). La malade reste couchée sur le ventre en évitant tout effort, et, quand l'instrument doit être retiré, on le vide graduellement, dans la crainte de voir se reproduire l'accident en enlevant l'appareil tout d'un coup.] J'ai appliqué une fois ce procédé et j'ai réussi très-vite et très-bien; seulement j'avais placé la bouteille dans le vagin. Une fois la bouteille distendue, la matrice remontait sans douleur. J'ai laissé l'instrument en place pendant vingt-quatre heures et je n'ai vu survenir aucun accident.

Dans les cas que nous venons de décrire, les divers moyens de traitement sont supposés avoir réussi; mais il est loin d'en être toujours ainsi.

1° Parfois il est impossible d'introduire la sonde et l'on en est réduit à ponctionner la vessie. Cheston (3) a réussi une fois par ce procédé. On pour-

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 14.

(2) Favrot, *Sur un nouveau mode de réduction des déviations de la matrice* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1851, t. XVII, p. 25, et *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1851).

(3) Cheston, *Medical communications*, 1790, t. II, p. 96.

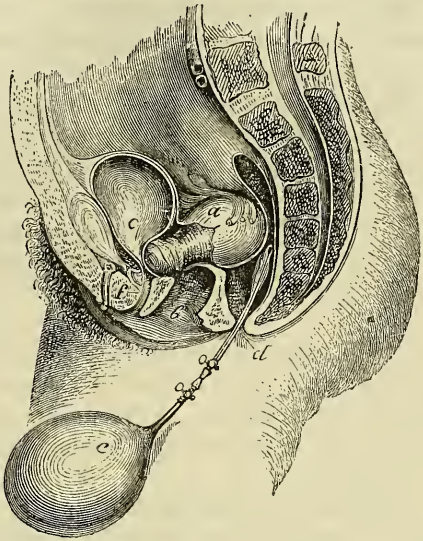


Fig. 148. — Réducteur à air, avant la réduction (*).

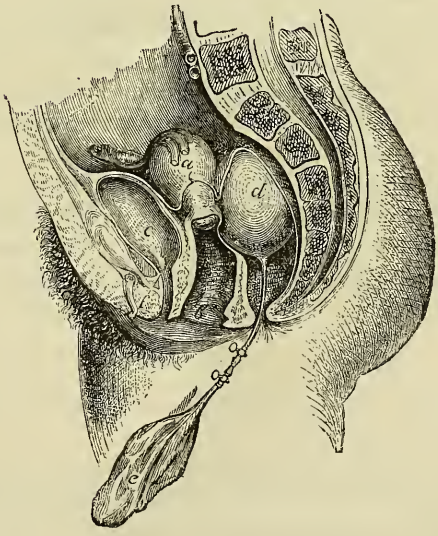


Fig. 149. — Réducteur à air, après la réduction (**).

(*) *a*, utérus ; *b*, vagin ; *c*, vessie ; *d*, réducteur ; *e*, insufflateur gonflé ; *f*, symphyse du pubis.
(**) *a*, utérus ; *b*, vagin ; *c*, vessie ; *d*, réducteur gonflé ; *e*, insufflateur vide ; *f*, symphyse du pubis.

rait tenter, en pareil cas, de repousser l'utérus avec le doigt; de la sorte, on dégage l'urèthre, et l'on peut faire passer la sonde.

2° Malgré l'évacuation de la vessie, tous les efforts pour replacer l'utérus dans sa position normale sont quelquefois inutiles à cause de l'hypertrophie que l'organe a subie. C'est ce qui arrive chez les femmes enceintes, surtout chez celles dont l'affection date de longtemps. En pareil cas, on a conseillé d'introduire une sonde à travers l'orifice utérin pour produire un avortement et diminuer de la sorte le volume de l'organe (1).

Si l'on ne pouvait introduire une sonde dans l'utérus, il y aurait encore à ponctionner l'organe avec un trocart (2), en passant par le vagin, comme l'a exécuté avec succès Jourel, de Rouen (3); ou par le rectum, comme l'a fait Vericel, de Lyon (4).

Dans les cas où l'on ne peut pénétrer par le col, il faut se demander, dit W. Hunter, si l'on ne peut perforer l'utérus avec un petit trocart ou tout autre instrument; par ce moyen, on évacue ou l'on fait évacuer les eaux de l'amnios, l'organe se trouve considérablement réduit de volume et susceptible d'être replacé.

Cette opération a été pratiquée deux fois avec succès. Blundell rapporte un cas de rétroversion dans lequel on n'avait pu ni introduire un cathéter ni vider le rectum. « En pareil cas, dit-il, je préférerais peut-être la ponction de l'utérus à la ponction de la vessie ou à la section de la symphyse. Il ne faut pas faire usage d'un gros trocart ni d'une grosse canule, comme dans l'ascite; un semblable instrument blesserait un grand nombre de vaisseaux et pourrait causer la mort. Il faut prendre un très-petit trocart, semblable à ceux dont on se sert pour l'acupuncture. Un instrument de la sorte peut être introduit dans l'utérus sans grand danger et suffit pour faire écouler le liquide. On pourrait d'ailleurs aspirer avec une seringue. La ponction peut se faire soit par le vagin, soit par le rectum; la ponction par le vagin sera préférable. »

3° Dans les cas difficiles, A. Callisen (5) a proposé la gastrotomie, afin de pouvoir saisir directement l'organe et de le remettre en place. Purcell (6), Gardien (7) et Cruikshank proposent aussi la section de la symphyse du pubis, comme donnant plus de place pour réduire les déviations.

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 16.

(2) Ingleby, *Facts and cases*, p. 75.

(3) Jourel, *Bulletin de la Faculté de médecine*, 1812, t. III.

(4) Vericel, *Observ. chirurg. recueillies à l'hôtel-Dieu de Lyon*, thèse de Paris, 1813, n° 78.

(5) Callisen, *System der Chirurgie*. Hamburg, 1822.

(6) Purcell, *Med. comm.*, t. IV.

(7) Gardien, *Traité complet d'accouchements*. 3e édition. Paris, 1824, t. I, p. 198. — Martin jeune, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1835, p. 183. — Fred. Jahn, *De utero reverso*, thèse. Iena, 1787, *in* Schlegel, *Operum minorum ad artem obstetriciam Syllogc*, t. I, p. 603.

[Ce n'est, on peut le dire, que dans ces dernières années que l'on s'est occupé du traitement des déviations utérines, depuis que les travaux des médecins modernes sont venus jeter plus de lumière sur la nature de ces maladies. Par suite, du reste, des opinions diverses qui ont tour à tour prédominé, ce traitement a singulièrement varié : pour les uns, il devait être presque uniquement mécanique; pour les autres, ce devait être un traitement médicamenteux, tant général que local.

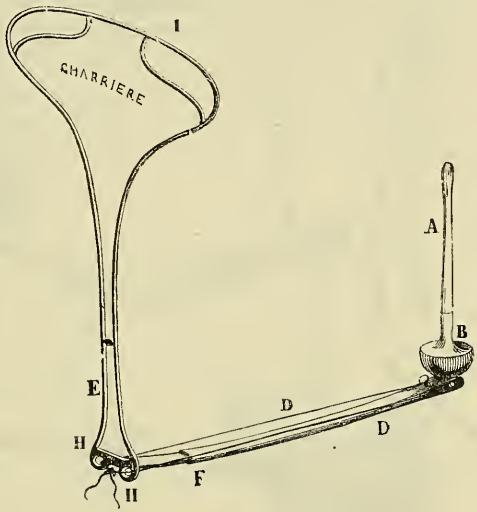


Fig. 150. — Redresseur utérin de Valleix (*).

Au point de vue mécanique, divers appareils ont été proposés, dont il nous semble inutile de donner une description détaillée, ce sont : le pessaire utérin de Simpson (voyez page 522), le redresseur de Kiwisch (voyez page 522) (1), le redresseur utérin de Valleix (fig. 150 et 151), celui de

(1) Kiwisch, *Neues Instrument zur Behandlung der Inflexionen des Uterus* (*Verh. d. Ges. f. Geburtskunde*, t. IV, p. 185); *Die Krankheiten der Wochnerinnen*. Prag, 1841; *Klinische Vortrage über Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*, 1845.

(*) A, tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine. Elle surmonte un disque de métal B, de 2 centimètres de diamètre. Elle est tenue par une articulation à ressort avec une autre tige de métal qui, devant rester dans le vagin, a reçu le nom de *tige vaginale* D. Le ressort C, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une sur l'autre. La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation, avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réunies à l'aide d'un fil passé dans un trou F pratiqué à la tige vaginale, près de l'articulation; ce fil CC est noué sur le plastron E. Le plastron est fixé le long de l'abdomen, à l'aide de deux liens situés à sa partie supérieure et formant ceinture; deux autres liens, devant servir de sous-cuisses, sont attachés à sa partie inférieure, près du point sur lequel doit être noué le fil qui unit les deux portions de l'instrument H, H.

Hensley (1), de Lee (2), de Protheroe Smith (3), de Mayer (4), l'hystérophore de Detschy (fig. 152) (5).

A en croire les auteurs de ces divers instruments, le succès semblait

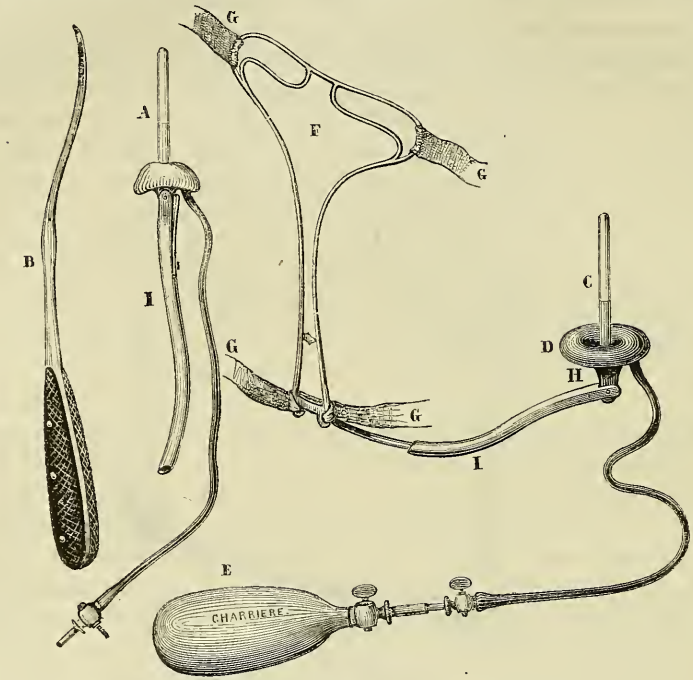


Fig. 151. — Dernier modèle du redresseur utérin de Valleix (*).

devoir être toujours assuré; mais l'examen attentif des faits a bientôt fait justice de leurs assertions. Des coliques utérines violentes, des hémorrhagies dangereuses, des péritonites graves, le ramollissement et même

(1) Hensley, *Retroflexion of the uterus* (*Journal provincial*, 1848, 1-2.)
(2) Lee, *Retroflexion of the uterus* (*London Gazette*, juin 1848).
(3) P. Smith, *Obstetric record.*
(4) Mayer, *Erfahrungen über das neue von Kiwisch Instrument zur Behandlung der Inflexionen* (*Verh. der Ges. f. Geburtskunde*, t. IV, p. 190).
(5) Detschy, *Die uterin Dislocation* (*Wiener Wochenschrift*, 1854, n^es 9 et 12).

(*) A, tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine. Elle surmonte un disque de métal de 2 centimètres de diamètre et se termine en bas par deux saillies circulaires, entre lesquelles doit se placer le disque creux de caoutchouc D. Cette première partie de l'appareil est unie par une articulation à ressort avec une autre tige de métal I, qui, devant rester dans le vagin, a reçu le nom de *tige vaginale*. Le ressort H, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, est disposée de telle sorte qu'il sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une sur l'autre. La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation, avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réunies seulement par le frottement conique de la tige pleine; le plastron F est fixé à sa partie supérieure, le long de l'abdomen, par deux rubans G, G, et à la partie inférieure, pour servir de sous-cuisses, par deux autres rubans G, G. — E, poire servant à insuffler le disque de caoutchouc D. — B, manche destiné à être placé dans la tige creuse I lors de l'introduction de l'instrument.

ie perforation des parois utérines, tels ont été, dans un grand nombre de cas, les résultats obtenus par le traitement mécanique, et cela sans que la malade, après avoir échappé aux dangers immédiats, obtienne seulement une amélioration durable.

Cette opinion, qui est aujourd'hui partagée par la majorité des médecins de Paris, est aussi celle des médecins étrangers. Scanzoni (1) déclare n'avoir jamais vu un seul cas de déviation utérine amélioré par le traitement mécanique le mieux appliqué. Il a vu des femmes se soumettre pendant des mois entiers à l'application des redresseurs, et jamais il n'a constaté la moindre amélioration. Comment admettre, en effet, qu'une sonde ou qu'un redresseur ferait disparaître l'amincissement et l'atrophie du tissu musculaire qui existe toujours sur le point de l'inflexion? La présence continue d'un corps étranger ne peut, au contraire, que provoquer un afflux plus considérable de sang vers l'utérus et augmenter, par suite,

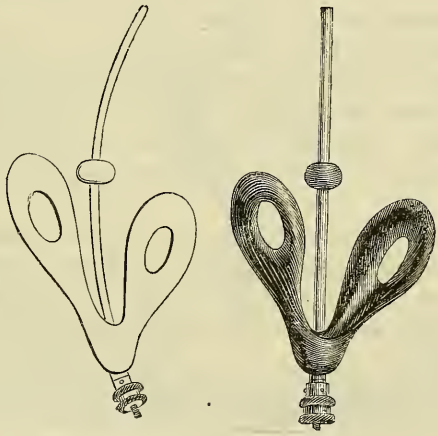


Fig. 152. — Hystérophore de Detschy.

l'imbibition et le ramollissement des parties. A l'appui de cette opinion, on a cité un grand nombre de faits dans lesquels l'emploi du redresseur augmenta considérablement l'engorgement chronique, et l'excès de volume et de poids du fond de l'organe qui en fut le résultat ne fit qu'augmenter la flexion.

Pour bien juger cette question des moyens mécaniques, il faut avoir encore égard à un fait dont nous avons parlé plus haut. Le fond de la matrice infléchie est souvent retenu et fixé à l'une des parois du bassin par des fausses membranes, du tissu cellulaire plus ou moins dense, dus à des exsudations péritonéales. Dans ces cas-là, il est absolument impos-

(1) Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels*, trad. de l'allemand. Paris, 1858, p. 88.

sible de redresser l'organe sans déchirer les adhérences, ou au moins sans tirailler le péritoine d'une manière dangereuse.

Dans le traitement des flexions utérines, on devra donc se borner à faire disparaître autant que possible les altérations de texture qui les compliquent, et à combattre simultanément les accidents consécutifs qui se montrent dans le reste de l'organisme.

Lorsque la maladie n'est pas ancienne, des douches froides, des bains de siége froids, des injections intra-vaginales seront utiles. Exceptionnellement, lorsqu'il y a un écoulement blanc abondant, on aura recours aux cautérisations au moyen d'un crayon de nitrate d'argent introduit dans la cavité du col. En général, après cinq ou six semaines, la guérison est obtenue. S'il n'en a pas été ainsi et que le sujet soit vigoureux, on pourra faire avec grand avantage des émissions sanguines locales. Tous les huit ou quinze jours, on applique trois ou quatre sangsues sur le museaude tanche. On modère par là la stase du sang veineux dans le col, qui en peu de temps reprend toute sa tonicité.

Lorsque, à côté d'une flexion ancienne, l'utérus est plus ou moins engorgé ou induré, ces émissions sanguines donnent aussi de très-bons résultats. Leur action sera secondée par des bains de siége et des injections d'eaux salines naturelles ou artificielles; on les fera prendre deux fois par jour, tièdes s'il n'y a pas d'hémorrhagies, froides dans le cas contraire.

On peut employer pour les douches utérines soit l'appareil de Kiwisch, quoique cet instrument très-volumineux ne puisse être manœuvré par la malade seule, soit l'irrigateur Éguisier, quoiqu'il n'ait peut-être pas une force de projection suffisante; mais mieux, l'appareil à air comprimé de M. Mathieu (fig. 153).

Le mécanisme consiste en deux valvules placées en sens opposé, l'une produisant l'aspiration du liquide, et l'autre servant à le pousser dans le tube de sortie, d'où il est lancé, sans avoir été mélangé avec l'air du récipient, avec une force que l'on peut augmenter ou diminuer en donnant un nombre plus ou moins grand de coups de piston.

Le liquide peut être projeté jusqu'à une distance de 3 mètres. La malade peut graduer elle-même la force de projection et obtenir un jet d'une grande puissance ou très-doux, à volonté; il n'est pas besoin d'aide pour manœuvrer l'instrument.

Parmi les objections faites à cet instrument, nous signalerons la nécessité d'être hors du lit pour en faire usage, car dans le lit le liquide mouille les draps, et la malade est sujette à se refroidir; c'est pour obvier à ces inconvénients que Aran a imaginé son irrigateur vaginal (fig. 154), appareil assez analogue à la sonde à double courant. Grâce à cet appareil, en adaptant des tubes de caoutchouc aux deux extrémités, des malades ont pu prendre des injections pendant des heures entières sans que les draps fussent mouillés.

L'emploi de certaines eaux ferrugineuses, les bains de mer seront encore indiqués. En cas d'induration, on ajoutera encore des cautérisations répétées du col au moyen du nitrate d'argent. On a proposé aussi la cautérisation de la muqueuse du corps de l'organe, ainsi que des injections astringentes dans la cavité; mais ces moyens ne doivent être employés qu'avec la plus grande prudence.

En même temps qu'il y a déplacement, il y a fréquemment érosion et

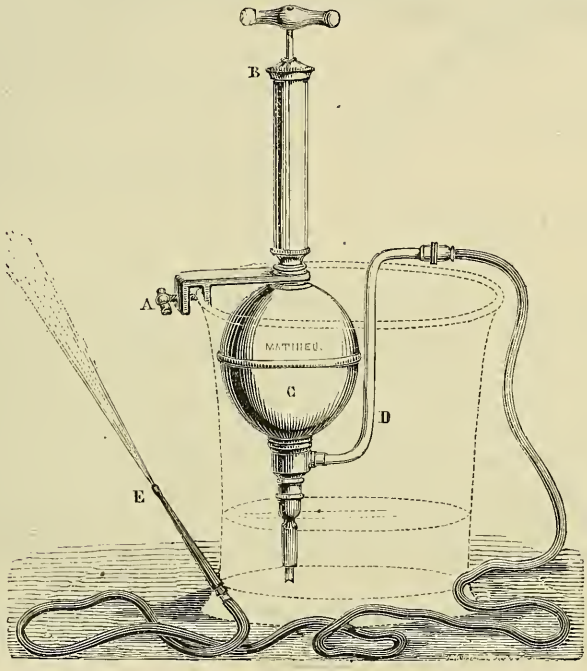


Fig. 153. — Appareil à air comprimé pour injection (*).

ulcération de l'orifice. Dans ces cas-là, les cautérisations avec le crayon de nitrate sont insuffisantes; la surface ulcérée saignant facilement, le nitrate ne peut rester assez longtemps en contact avec elle, et le sang qui s'écoule ne lui permet pas d'agir assez énergiquement. Il vaut donc mieux cautériser avec un pinceau trempé dans une solution astringente concentrée de sulfate de zinc ou de cuivre, dans du perchlorure de fer, de la teinture d'iode étendue d'eau, divers acides acétique ou nitrique. Il faut souvent changer les médicaments employés.

Si la flexion se complique d'accidents de péritonite, on dirigera le trai-

(*) A, vis qui sert à fixer l'appareil sur le bord d'un seau ou d'un réservoir quelconque, plein du liquide à injecter; B, pompe foulante; C, réservoir d'air; D, ajutage sur la partie inférieure du réservoir; E, canule rattachée à l'ajutage par un tube de caoutchouc recouvert d'un tissu.

tement en conséquence. En général, l'état d'anémie des malades défend les émissions sanguines trop abondantes.

Les femmes affectées d'une flexion de la matrice sont, ainsi que nous l'avons signalé, tourmentées par des coliques utérines et du ténesme vésical. De tous les moyens que l'on a préconisés contre les coliques, les lavements opiacés sont les plus utiles. On pourra aussi faire prendre des bains tièdes partiels ou généraux. Quant au ténesme vésical, les narcotiques pris à l'intérieur, les cataplasmes et les fomentations sur l'hypogastre, l'application de pommades opiacées ou belladonées, du chloroforme; s'il n'y a pas contre-indication, des bains de siége et des injections tièdes modéreront les douleurs. Quant aux médicaments internes, ils n'ont assurément aucune efficacité directe contre les déplacements de l'utérus; ils ne s'adressent qu'aux accidents généraux secondaires, et à ce titre ils ne doivent pas être négligés. C'est ainsi que, dans les cas où il y a de l'anémie, il faut avoir recours aux préparations ferrugineuses, et l'on prescrira encore avec avantage diverses eaux minérales, soit comme bains, soit comme boissons. Il faudra apporter une attention toute particulière aux fonctions du rectum. La défécation devra être toujours régulière et facile; la constipation opiniâtre qui accompagne si souvent l'affection pourrait aggraver le mal et amener, en outre, divers accidents hémorrhoïdaux. Les pertes de sang qui en seraient la suite exerceraient encore l'influence la plus fâcheuse sur l'état de la malade.

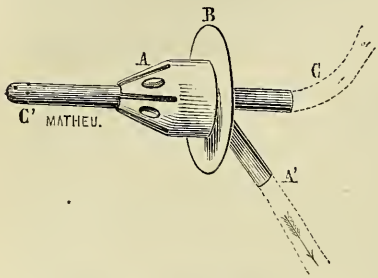


Fig. 154. — Irrigateur vaginal de Aran (*).

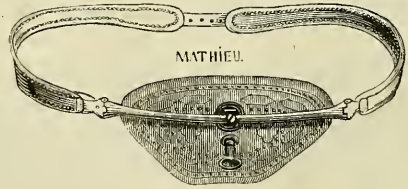


Fig. 155. — Ceinture hypogastrique (**).

Il reste encore à mentionner un appareil qui, bien appliqué, diminue les douleurs provoquées par les flexions : c'est la ceinture hypogas-

(*) C, C', tube horizontal destiné à conduire l'eau dans le vagin; A, A', tube inférieur, à direction oblique, destiné à faire ressortir l'eau; B, plaque qui est traversée par les deux tubes et qui, appliquée sur la vulve, empêche le liquide de se répandre dans le lit et le maintient dans le vagin.

(**) La plaque se meut au moyen d'une clef de manière qu'on peut par ce mécanisme lui donner plus ou moins d'inclinaison.

trique (fig. 155). Elle entoure fortement les reins et est munie d'une pelote qui presse sur l'abdomen, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, et repousse ainsi en arrière les organes déplacés. Il faut seulement avoir soin que cette pelote exerce une pression modérée et ne fasse que soutenir l'utérus dans les cas d'antéflexion du corps, comme pourrait le faire la main du chirurgien. Une pelote trop saillante ou mal construite manquerait entièrement le but qu'on se propose et repousserait l'utérus vers le vagin : en pareil cas, les douleurs, au lieu d'être soulagées, seraient augmentées.

Dans la rétroflexion, la ceinture hypogastrique a une action moins directe ; elle ne doit pas cependant être négligée : elle soulage encore la malade en fixant l'organe affecté, et elle soutient en partie la masse intestinale qui vient presser sur l'utérus.]

CHAPITRE XII

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS (1)

Ce genre de déplacement a été décrit sous divers noms : *prolapsus*, *procidence*, *descente de matrice*, sont les termes le plus ordinairement employés par les médecins ; *chute* ou *abaissement* sont les termes employés dans le monde.

La maladie consiste dans un abaissement de l'utérus au-dessous de son niveau normal par rapport au bassin.

Il est donc de la plus grande importance de bien connaître la position normale de l'utérus : « A l'état sain, en dehors de la grossesse, dit sir

(1) BIBLIOGRAPHIE : Rulin, *Diss. de uteri lapsu* (Haller, *Disputationes chirurgicæ*, t. III). — J. Eilhard Reinick, *Diss. de uteri delapsu*. Gedani, 1732 (Haller, *Disputationes*, t. III). — J. Fr. Osiander, *De fluxu menstruo atque uteri prolapsu*. Gottingæ, 1808. — F. L. Meissner, *Die Dislocationen der Gebärmutter und der Mutterscheide*, 3 parties. Leipzig, 1821-1822. — Rondet, *Sur le traitement de la chute du vagin et de la matrice*. Paris, 1828. — Rondet (Mme), *Mémoire sur le prolapsus ou chute de la matrice*. Paris, 1833. — Häger, *Die Brüche und Vorfälle*. Wien, 1834. — Reberton, *Remarks on relaxation and descent of the uterus and bladder in the puerperal state* (*Edinburgh med. and surg. Journ*, 1834, t. XLI, p. 393; *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. V, p. 105). — Hendriksz, *Descriptio historica atque critica variarum uteri prolapsum curandi methodorum*. *Comm. med. chir.* Berlin, 1838. — Carl. Mayer, *Beitrag zur Kenntniss. und Behandlung des Prolapsus Uteri* (*Verh. der Ges. f. Gebtsk.*, t. III, p. 122. — Moumeron, *Sur les chutes de la matrice* (*Arch. de méd. belge*, 1843, n° 1). — Et. le Loutre, *Essai sur les déplacements de la matrice*, thèse. Montpellier, 1844, in-4. — Rigby, *Med. Times*, août, novembre 1845. — P. Dubois et Desormeaux, *Dict.* en 30 vol., art. UTÉRUS (chute de l'). — Jobert (de Lamballe), *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849, t. II; *Leçons sur la chute de l'utérus* (*Union médicale*, t. XII, p. 95, 12 août 1858). — Savage, *Clinical experience on the nature and treatment of uterine deviations, more especially of prolapsus* (*Med. Times and Gaz.*, 398, 13 février 1858; *Lancet*, juin 1858). — Verneuil, *Gazette hebdomadaire*, 1859.

Clarke (1), l'utérus occupe à peu près le centre de la cavité pelvienne, et entre l'orifice de l'utérus et l'orifice vulvaire la distance est à peu près de 12 centimètres. L'orifice utérin ne continue pas la ligne suivie par le vagin, il est légèrement oblique par rapport à ce canal; la surface antérieure du col est en partie recouverte par la membrane muqueuse vaginale. » Pendant que le col s'appuie sur le vagin et ne peut ainsi s'abaisser sans entraîner avec lui le vagin, le corps de l'utérus paraît soutenu par les ligaments latéraux (fig. 156). Les anciens n'admettaient pas la possi-

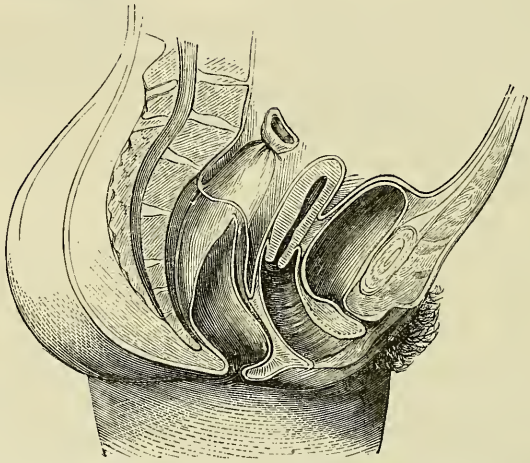


Fig. 156. — Coupe antéro-postérieure des organes, au point de vue des rapports du péritoine avec l'utérus et le vagin. (Lucien Penard.)

bilité d'un prolapsus utérin à cause de la puissance qu'ils prêtaient aux ligaments. Il est évident, cependant, que ce support manque souvent.

Ainsi que je l'ai dit dans la considération de la position normale de l'utérus, on ne doit pas s'en tenir à l'examen de son mode de support; il est également important, au point de vue pratique, d'apprécier les rapports de son axe avec l'axe du bassin.

§ I. — Fréquence.

Le prolapsus se rencontre dans tous les rangs de la société, plus souvent chez les femmes qui ont dépassé l'âge moyen et qui ont eu des enfants. Plus les enfants ont été nombreux, plus les conditions de prolapsus sont favorables. La déchirure du périnée en est souvent une cause. J'ai cependant rencontré cette affection chez des filles qui n'avaient pas eu d'enfants. Alexandre Monro a rapporté un cas de prolapsus chez une enfant

(1) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 66.

de trois ans (1). Cette affection se rencontre souvent chez les femmes après leur premier accouchement et disparaît après le second, ce qui tient à la manière dont elles sont soignées dans leur convalescence.

[[La tumeur, saillante à la vulve et décrite sous le nom de prolapsus utérin, est considérée comme une maladie fréquente par un grand nombre d'auteurs. Sans nier l'existence de ce prolapsus, d'autres auteurs, parmi lesquels nous devons citer Huguier et M. Gallard, croient que l'on a beaucoup exagéré la fréquence de cette maladie et que la tumeur ainsi saillante au dehors de la vulve, résulte, dans la majorité des cas, d'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus.]]

§ II. — Variétés et divisions.

Tous les degrés de procidence utérine peuvent exister depuis une légère saillie formée par l'utérus un peu au-dessous de sa position normale, jusqu'à ces cas extrêmes dans lesquels l'utérus entraînant avec lui le vagin vient former entre les cuisses de la femme une tumeur volumineuse quelquefois aussi grosse qu'un melon. Tous les rapports sont, en pareil cas, modifiés. La vessie, au lieu d'être enfermée dans le bassin, fait partie de la tumeur extérieure et entraîne avec elle le méat urinaire, en sorte que, pour introduire une sonde dans la vessie, il faut diriger la pointe de l'instrument en bas du côté des genoux. Le rectum, au lieu de se trouver logé dans la courbure du sacrum, décrit une courbe : il est d'abord accolé à la partie postérieure de la tumeur pour remonter ensuite dans le bassin. Les trompes de Fallope et les ovaires sont entraînés avec l'utérus, et le centre de la tumeur est formé par les anses d'intestin grêle qui, à l'état normal, sont logées entre la matrice et le rectum. Le mésentère se trouve ainsi fortement tiraillé (2).

Quelques auteurs ont adopté la division d'Astruc en trois degrés :

1° *Dépression de l'utérus*, ou *procidence au début*, quand l'orifice utérin se trouve placé plus bas que de coutume;

2° *Procidence*, quand l'orifice de l'utérus repose sur le périnée et que le corps occupe encore la cavité pelvienne. Ce degré est de beaucoup le plus fréquent, et l'utérus peut rester des années dans cette situation avant de franchir l'orifice vulvaire;

3° *Prolapsus*, quand l'utérus est complétement en dehors de l'orifice inférieur du vagin, ayant entraîné avec lui la vessie et le vagin (3).

La distinction proposée par Manning est cependant suffisante, car il

(1) Al. Monro, *Edinburgh medical Essays*, t. III, p. 282.

(2) Clarke, *On diseases of females*, vol. I, p. 67, 68.

(3) Denman (*Principles of midwifery*, 10e édition. London, 1843, p. 139), Burns (*Midwifery*, p. 127), Ramsbotham (*med. Gaz.*), appellent le deuxième degré de déplacement *prolapsus* et le troisième *procidence*. — Davis appelle le premier degré *abaissement*, le deuxième *prolapsus*, et le troisième *procidence* (*Obstetric med.*, vol. I, p. 526).

n'est pas toujours facile de distinguer entre la dépression et la procidence. Il admet deux degrés : le *prolapsus complet*, le *prolapsus incomplet ;* incomplet, quand, bien qu'abaissé, l'organe est encore dans le vagin ; complet, quand il est tout à fait en dehors du vagin (1).

§ III. — Causes.

I. *Causes occasionnelles.* — Nous considérerons donc seulement le prolapsus incomplet, ou descente de matrice, et le prolapsus complet, ou procidence, et nous verrons qu'entre ces deux degrés il y a peu de différence, excepté comme intensité. Les deux degrés d'abaissement peuvent se rencontrer dans les circonstances suivantes :

1° L'utérus, sous l'influence de congestions répétées et persistantes, peut augmenter de poids, que la malade ait eu ou non des enfants, et beaucoup de cas du premier degré sont dus à cette cause et nullement à un effet mécanique. Il faut donc, en pareil cas, avoir recours d'abord à un traitement médical. Il peut se faire aussi que, soit de naissance, soit pathologiquement, l'utérus soit plus long qu'à l'état normal ;

2° En dehors de l'état de grossesse, certains états pathologiques, en augmentant le poids et le volume de la matrice, prédisposent au prolapsus. Ce sont les tumeurs fibreuses ou polypeuses, les môles, les hydatides, le squirrhe, etc. ;

3° Dans les premiers temps de la grossesse, l'augmentation de poids de l'utérus prédispose au prolapsus. Gruhn rapporte l'exemple suivant :

Observation I. — Une femme âgée de vingt-cinq ans, qui, arrivée au quatrième mois de sa grossesse, fut atteinte de prolapsus à la suite d'un effort violent : la grossesse n'en marcha pas moins bien jusqu'à son terme. Quand Gruhn la vit, il y avait trente-six heures que le travail était commencé, et vingt-quatre heures que les eaux étaient percées. L'utérus pendait entre les cuisses de la malade. L'enfant se présentait par la tête, et l'ouverture du col avait le diamètre d'une pièce de 2 francs. Ne pouvant obtenir une plus grande dilatation, Gruhn fit de chaque côté du col une incision étendue d'un pouce, et il put extraire un enfant mort, mais bien conformé. L'extraction du placenta fut accompagnée d'hémorrhagies très-abondantes, que l'on arrêta avec des injections d'eau froide. L'utérus fut réduit, et tout marcha ensuite bien.

Tyler Smith rapporte qu'il a eu à donner des soins à une femme enceinte de cinq mois et qui était atteinte de prolapsus : mais à quelle époque s'était produite la lésion, c'est ce qu'il ne put dire. L'utérus fut réduit après l'accouchement (2).

(1) Manning, *On female diseases*, p. 277. — Nauche et d'autres écrivains français n'admettent que deux degrés, l'*abaissement* et la *descente*.

(2) Tyler Smith, *New-York Journal of Medic.*, juillet 1850.

Les auteurs ont rapporté beaucoup de cas de ce genre (1);

4° Au moment du travail, l'accident peut encore se produire si le bassin est large, et si les douleurs sont très-vives.

Ducreux (2), Leake (3), Nauche (4), R. B. Sabatier (5), Capuron (6), Portal, Shaw (7), Merriman, Davis, Haughton (8), en ont cité des exemples;

5° A une période quelconque après l'accouchement, le prolapsus complet est beaucoup plus fréquent qu'à toute autre époque;

6° Le prolapsus a encore été causé par une maladie des régions voisines, une ascite, une maladie des ovaires, une tumeur située sur le pudendum (9).

II. *Causes immédiates.* — Quant aux causes immédiates ou pathologiques de ce déplacement, il y a entre les auteurs divergence d'opinions. Sir Clarke fait observer que les causes immédiates sont :

1° Le relâchement des ligaments larges ou des ligaments ronds;

2° Un manque de tonicité du vagin.

Par suite de la première cause, l'utérus est exposé à s'abaisser; par suite de la seconde cause, il s'affaisse tout à fait (10). Astruc, Manning, Leake, Gardien, ne parlent pas de la première cause, et Hamilton (d'Édimbourg) a nié l'effet de ce relâchement. Après avoir combattu l'influence attribuée par plusieurs auteurs au relâchement du péritoine, il ajoute : « Il est évident que la vessie, le rectum, le vagin, et plus spécialement les muscles qui tapissent les parois du vagin, aussi bien que ceux de l'extrémité du tronc, contribuent seulement à maintenir l'utérus dans la position normale. »

Dans tous les cas de prolapsus, le vagin, la vessie, le rectum, les muscles du bassin intérieurs ou extérieurs, sont toujours affaiblis ou déchirés; dans les cas de prolapsus, le relâchement du péritoine et des ligaments n'est donc que l'effet et nullement la cause du prolapsus. Sans doute, avec cette théorie, les cas de prolapsus chez les vierges sont plus difficiles à expliquer; ils s'expliqueront cependant : le prolapsus est alors l'effet d'un mouvement brusque dans un moment où les ligaments sont

(1) *Medic. Repository*, 1797. — Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1821, t. II, p. 73. — Velpeau, *Traité de l'art des accouchements*, 2e édition. Paris, 1835, t. II, p. 220. — *Americ. Journ. of med. sciences*, 1846.

(2) Ducreux, *in* Sabatier, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, vol. III, p. 368.

(3) Leake, *Diseases of women*, p. 129.

(4) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 88.

(5) Sabatier, *Mémoire sur les déplacements de la matrice* (*Mém. de l'Académie de chirurgie*, 1743, t. III.

(6) Capuron, *Maladies des femmes*, p. 199.

(7) Shaw, *Mem. of med. Soc.*, vol. I, p. 113.

(8) Haughton, *Dublin Journal*, mai 1853.

(9) Wagner, *Biblioth. méd.*, vol. XIII, p. 114.

(10) C. Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 72. — Voyez aussi Osiander, *Die Ursachen und Hulfsanzeigen der unregelmässigen und schweren Geburten*. Tübingen, 1833, vol. III, p. 130.

relâchés, par exemple pendant la menstruation : durant cette période, tout ce qui tient à l'utérus est affaibli et ramolli, et tout effort musculaire violent, comme ceux que l'on est obligé de faire dans le saut, la course, la danse, doit occasionner un déplacement de l'utérus, comme il s'en produirait un si les muscles abdominaux étaient affaiblis au niveau des orifices aponévrotiques (1).

A propos du prolapsus au début, Boivin et Dugès (2) font remarquer « que l'on ne peut nier qu'une grande extension des ligaments suspenseurs et du vagin ne soit pour cela nécessaire; mais c'est à tort qu'on a voulu tout rapporter exclusivement à cette dernière partie. Ceux qui n'ont vu là qu'un affaiblissement du vagin, auraient dû être détrompés par cette multitude de cas dans lesquels ce canal, lâche, mais extensible, ne laisse point pourtant échapper la matrice, par ceux dans lesquels la partie supérieure du vagin, sans se dilater, se laisse pousser à travers l'inférieure. D'un autre côté, les ligaments larges, replis presque exclusivement membraneux, ne peuvent guère influer sur la hauteur à laquelle se tient l'utérus; et la facilité avec laquelle ils se déploient durant la grossesse prouve qu'ils laisseraient facilement glisser la matrice, en se déployant en sens inverse, s'ils étaient seuls chargés de son poids. Quant aux cordons sus-pubiens, il est clair qu'ils s'opposent à un abaissement considérable, et surtout à cette inclinaison en arrière, inévitable dans le deuxième degré du prolapsus. Il faut donc les supposer alors, et à plus forte raison dans la chute complète, allongés par un relâchement maladif; mais, dans le simple abaissement, ces cordons ne sont pas tiraillés au delà de ce que permettent leurs dimensions et leur courbure, dont le redressement peut accroître leur longueur. C'est donc dans l'allongement, le relâchement des cordons utéro-sacrés, que nous trouvons, en définitive, la seule explication raisonnable du premier degré du prolapsus, allongement qui doit devenir bien plus considérable encore dans les deux autres degrés, puisque l'utérus se porte non-seulement en bas, mais encore en avant. Ces cordons doivent disparaître en totalité, leurs fibres charnues s'atrophier, s'affaisser, et le repli péritonéal qui les couvre se dédoubler pour s'étendre sur les parties voisines. »

L'opinion de Davis (3) est également opposée aux idées de Hamilton. Parlant des causes de la chute de matrice, il dit : « La cause prochaine est l'affaiblissement des ligaments suspenseurs, laquelle n'est pas forcément compliquée du relâchement des parois vaginales. Suivant quelques auteurs, ce relâchement suffirait à lui seul pour expliquer le prolapsus; mais cette opinion est-elle bien réellement basée sur l'examen des faits? Un organe susceptible de se distendre autant que le vagin, peut-il avoir

(1) Hamilton, *Practical observ.*, p. 11, 12.
(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1833, t. II, p. 85.
(3) Davis, *Obstetric medicine*, t. I, p. 524, 525.

jamais assez de contractilité pour soutenir l'utérus? Ajoutez à ce fait que le vagin est toujours distendu dans les cas où, suivant l'hypothèse admise, il devrait être le plus contracté. » En outre, chez les adultes, il est toujours relâché. Le prolapsus de l'utérus est donc, suivant toutes les probabilités, la conséquence du relâchement ou de la rupture ou de l'affaiblissement des organes suspenseurs.

Blundell fait observer que, dans les cas où le vagin a sa contractilité normale, il y a peu de chances de prolapsus. Quand il est distendu à l'excès par suite de leucorrhées abondantes, de grossesses multiples ou par toute autre cause, cet état facilite beaucoup la chute de la matrice. Une autre cause est l'allongement des ligaments larges qui peuvent en arriver à permettre à l'utérus toute espèce de mouvements au lieu de le maintenir appliqué contre les parois du bassin. Il faudra donc compter parmi les causes : la conformation des parties molles et du bassin et l'allongement des ligaments larges (1). A. Retzius (2) nie l'influence du relâchement des ligaments latéraux et de la partie supérieure du vagin, et il rapporte le prolapsus à la distension du péritoine par suite de la descente des intestins. Hohl (3) pense que le prolapsus est le résultat de l'affaiblissement de la puissance vitale, et il ne tient aucun compte du relâchement des ligaments ou du vagin.

M. Huguier, dans un mémoire très-remarquable (4), s'est efforcé de démontrer que la maladie consiste principalement dans l'hypertrophie, soit du col, soit du corps de la matrice, soit des deux portions à la fois, et que généralement, sinon toujours, la partie en prolapsus n'est pas le corps de la matrice, mais le col hypertrophié. Sans aucun doute, dans beaucoup de cas, l'hypertrophie joue un rôle. Elle est quelquefois même la seule cause du prolapsus, et le col est la seule partie saillante. J'ai vu chez une malade un col hypertrophié qui avait 4 pouces de long, et par la percussion l'on constatait que l'utérus était encore dans le bassin. Mais je ne puis admettre avec M. Huguier que telles soient les conditions ordinaires ; d'ailleurs, par l'emploi de la sonde utérine, on établit un diagnostic positif.

[[Cette opinion de M. Huguier, vivement combattue par M. Depaul, est admise par MM. Verneuil (5) et Gallard (6). Quant à nous, nous pensons avec ces auteurs, et contrairement à M. Churchill, que la tumeur saillante

(1) Blundell, *On diseases of women*. p. 26.

(2) Retzius, *Einige Worte über Gebärmuttervorfällen* (*Hygiea*, oct. 1845, et *Schmidt's Jahrbuch*, 1846, n° 9, t. LI, partie III.

(3) Hohl, *Zeitschrift für Geburtskunde; Ranking's Abstracts*, vol. IX, p. 190.

(4) Huguier, *Sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous le nom de descente, de précipitation de cet organe, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col suivant la variété de la maladie* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIII, p. 279).

(5) Verneuil, *Gazette hebdomadaire*.

(6) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1873.

au dehors de la vulve et décrite sous le nom de prolapsus utérin, n'est le plus ordinairement qu'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus.]]

Sans nier donc l'influence du relâchement des ligaments, on peut admettre que l'état du vagin est probablement la principale cause du prolapsus. Après beaucoup d'accouchements, le canal reste dilaté et les parois sont moins résistantes qu'auparavant. Il en est encore de même après les hémorrhagies utérines souvent répétées, la leucorrhée et l'affaiblissement général de tout le système. Si en même temps l'utérus devient plus pesant par suite de congestion, d'hypertrophie, de tumeurs fibreuses, à la suite

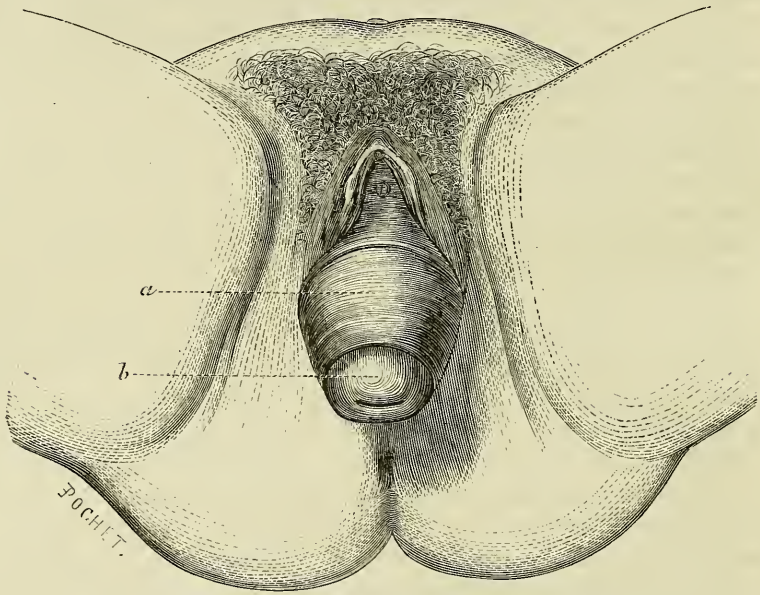


Fig. 157. — Semi-prolapsus à la suite d'un accouchement à terme (*).

des avortements ou des accouchements, on a deux causes actives de prolapsus, la maladie fera des progrès plus ou moins rapides, suivant les cas. Le plus ordinairement le premier dégré s'établit lentement et graduellement, l'utérus descend à mesure que les parties cèdent, mais il arrive souvent que la chute est hâtée par un effort soudain, par un mouvement brusque, un vomissement ou une quinte de toux.

J'ai déjà dit que, dans mon opinion, le premier degré du déplacement est un changement dans l'axe de l'utérus et que ce déplacement précède et la rétroversion et le prolapsus. L'utérus se place dans la direction du vagin : une fois dans cette position, je pense que, si une violence quel-

a, vagin; *b*, museau de tanche. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl IX, fig. 1.)

conque agit tout à coup sur le fond de l'organe, il y a rétroversion; si, au contraire, l'utérus est abandonné à son propre poids, il y aura prolapsus. En outre, si le col est hypertrophié, que le corps de l'utérus le soit ou non, le prolapsus est plus probable. Enfin, le relâchement du vagin jouera sans aucun doute un rôle important. Une fois que le changement d'axe et l'abaissement ont commencé, la marche du déplacement est facile à suivre. L'utérus suit de plus en plus la direction du vagin, et comme il ne ne rencontre pas de résistance, il descend lentement, mais continuellement, jusqu'à ce qu'il arrive à l'orifice, qui cède comme le reste; le col apparaît enfin entre les lèvres, et, arrivé à ce point, peut encore s'abais-

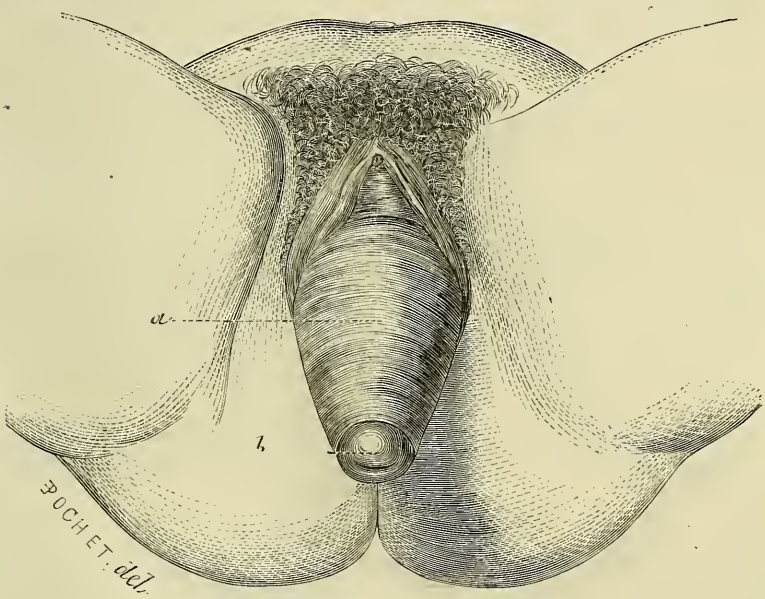


Fig. 158. — Prolapsus à la suite d'une chute (*).

ser graduellement ou bien tomber tout à coup à la suite d'un effort quelconque. Dans la majorité des cas, c'est ainsi que se passent les choses : fort heureusement il n'en est pas toujours ainsi. L'utérus descend assez bas dans le bassin; mais, soit que son axe n'ait pas changé, soit qu'une force quelconque le ramène à sa direction normale, au lieu d'arriver jusqu'à l'orifice vulvaire, le col se porte en arrière, il vient s'arrêter contre le périnée, où on le trouve quand on examine les malades dans la station debout; quand on les examine couchées, on trouve l'utérus légèrement éloigné du périnée, mais aplati.

Quand l'utérus est en prolapsus externe, il conserve d'abord sa forme

(*) *a*, vagin renversé; *b*, museau de tanche. L'accident était récent. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. IX, fig. 2.)

piriforme (fig. 157 et 158) et sa coloration normale, surtout dans les cas où l'utérus rentre dans le vagin pendant le séjour au lit; quand, au contraire, le prolapsus externe est permanent, il se produit divers changements : la muqueuse exposée à l'air extérieur devient plus foncée, la membrane muqueuse se recouvre d'une sorte d'épiderme (fig. 159), et, étant exposée à diverses causes d'irritation, elle s'enflamme parfois, s'excorie ou même s'ulcère profondément.

Observation II. — J'ai eu à soigner une malade atteinte d'un prolapsus énorme, et chez laquelle le col de l'utérus présente ainsi cinq à six points d'ulcération.

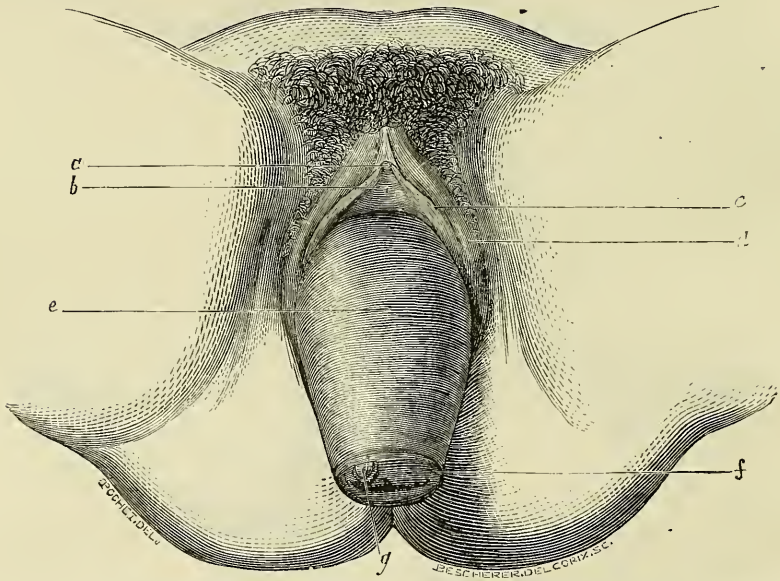


Fig. 159. — Prolapsus complet de l'utérus avec renversement du vagin passé à l'état chronique (*).

Il est connu que ces ulcérations prennent facilement un aspect gangréneux, et mettent la vie des malades en danger. Fr. Rousset (1) a vu trois cas et Elmer (2) a vu un cas de gangrène semblables. La matrice tomba presque tout entière, et les malades guérirent cependant très-bien.

(1) Rousset, *Cœsarei partus assertio historiologica.* Paris, 1590, p. 337, 353, 354.
(2) Elmer, *Annales de la littérature médicale d'Altenbourg*, t. XVI, p. 106. — *Ann. littérature méd. étrangère*, t. VI, p. 676.

(*) *a*, le clitoris; *b*, le méat urinaire; *c*, *c*, nymphes ou petites lèvres; *d*, *d*, grandes lèvres de la vulve; *e*, la surface muqueuse du vagin desséchée ayant pris l'aspect de la peau. Ce canal, renversé complétement, contenait la totalité de l'utérus qui était d'un très-petit volume; *f*, petite tumeur pédiculée située à l'angle droit de l'orifice du museau de tanche; *g*, l'épithélium du museau de tanche excorié laisse à nu la portion de muqueuse qui recouvre cette extrémité vaginale du col utérin. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. X, fig. 2.)

Observation III. — Une dame avancée en âge, et qui avait été atteinte depuis longtemps de prolapsus utérin, vit se déclarer de la gangrène, et un jour, à la suite d'une promenade en voiture, elle s'aperçut tout à coup que l'organe tout entier était en dehors de la vulve. M. Elmer, appelé aussitôt, reconnut que la malade avait de la fièvre, une sensibilité marquée dans le ventre, une grande faiblesse et des douleurs dans les reins. L'utérus, déplacé, avait acquis des dimensions énormes : il était noir, exhalait une odeur fétide, et présentait tous les caractères d'une gangrène au premier degré. Trois jours après commença la période d'élimination, et en quelques jours elle était achevée. La fièvre et la douleur cessèrent, les forces de la malade revinrent, et elle se rétablit entièrement.

Quand l'organe a été ainsi pendant longtemps en prolapsus, le col s'hypertrophie, les parois deviennent plus épaisses et la réduction devient de plus en plus difficile.

Le cul-de-sac formé en arrière de l'utérus et du vagin en prolapsus contient très-souvent du liquide et parfois même une assez grande quantité d'intestins.

Observation IV. — Chez une pauvre femme nommée Watkins, qui mourut au *Workhouse* de Kensington, les parties en prolapsus mesuraient plus de 15 pouces de circonférence et plus de 6 1/2 de longueur. On constata ensuite que, dans la tumeur, il y avait, outre l'utérus, la vessie, le méat urinaire, une portion du rectum, les trompes de Fallope et l'intestin grêle (1).

Si l'on examine l'abdomen avec soin, on le trouve en pareil cas plus mou et plus vide qu'à l'état normal.

§ IV. — Symptômes.

Les symptômes sont surtout mécaniques, par suite de la pression exercée par l'utérus en prolapsus sur les autres organes, parce que ces organes sont entraînés avec l'utérus, ou enfin parce qu'il y a sympathie entre l'utérus et ces organes. Il est à remarquer que le prolapsus trouble fort peu les fonctions utérines. La menstruation, quoique quelquefois troublée, dans la majorité des cas, se fait très-régulièrement, et il est rare de rencontrer des hémorrhagies : non-seulement le prolapsus n'est pas un obstacle à la conception, aussi longtemps que l'utérus est retenu ou peut être ramené dans le vagin, mais encore on a vu des cas de grossesse avec un prolapsus irréductible (2).

L'intensité de la douleur est en général en rapport avec le degré du dé-

(1) Hamilton, *Practical observ.*, part. I, p. 4.

(2) Burns, *Principles of midwifery*, 10e édit. London, 1843, p. 148. — Jalouset fils, *Mémoire sur une opération faite à l'orifice et au col de la matrice* (*Journ. de méd. chir. et pharm.* Paris, 1775, vol. XLIII, p. 366).

placement : cependant quelquefois, avec un faible degré de prolapsus, les souffrances sont intenses, ce qui dépend probablement du changement d'air. La malade accuse une sensation de plénitude et de pesanteur dans le bassin, ainsi que des tiraillements dans les reins et l'ombilic. Il y a dans le dos une douleur plus ou moins vive qui s'irradie ensuite vers les aines. Cette douleur, ainsi que la sensation de tiraillements, a été attribuée à la tension des ligaments de l'utérus. La malade souffre beaucoup, soit dans la marche, soit dans la position debout; elle souffre beaucoup plus le soir que le matin. Si la matrice est tombée jusqu'à l'orifice vaginal, et, à plus forte raison, si elle fait saillie en dehors, il y a une grande difficulté dans la miction et dans la défécation. Quelquefois la malade ne peut uriner que couchée ou après que l'utérus a été réduit. Si bas que soit l'utérus, si le col est encore soutenu par le périnée, il n'y a ordinairement que peu de gêne ou de tiraillement pendant la marche ou la station debout.

Dans le prolapsus complet de la matrice (fig. 160), il est à remarquer que la santé des malades est souvent très-peu altérée : on a même remarqué que la santé générale est souvent plus troublée dans les cas de relâchement des ligaments que dans les cas de procidence complète de l'utérus et du vagin. Il y a parfois strangurie par suite d'une extension de l'inflammation de la matrice à la vessie. Tous les symptômes mécaniques sont aggravés par suite de la position; mais si le prolapsus n'est pas complet, on obtient un soulagement entier et immédiat en mettant la malade au lit. Si le prolapsus est complet, elle ne pourra jamais marcher que d'une manière irrégulière et très-gênée. Le séjour au lit fait disparaître ordinairement les sensations douloureuses, mais non pas le prolapsus lui-même. Il est rare que avec une chute de matrice les malades ne soient pas atteintes de leucorrhée à un degré plus ou moins prononcé. Souvent même les pertes sont assez abondantes pour affaiblir notablement toute l'économie. Il y a souvent des pertes sanguines, mais jamais en réalité de métrorrhagies.

Du reste, les liens sympathiques sont si intimes entre la matrice et l'estomac que des troubles se manifestent très-vite du côté de cet organe. L'appétit devient irrégulier ou se perd totalement, l'estomac et les intestins perdent leur ressort, l'abdomen se distend par suite de tympanite; toute énergie morale tombe, toute occupation devient insupportable; la vie elle-même n'a plus aucun attrait. Il y a du reste divers degrés à cet état général. Le diaphragme est pris parfois de contractions spasmodiques, et une toux nerveuse intense se déclare. Les accidents de ce genre ont fait naître des doutes sur la cause des accidents dyspeptiques dans les cas de prolapsus. Hamilton se demande si ces accidents dyspeptiques doivent bien être rapportés au prolapsus? s'ils ne seraient pas plutôt la conséquence du traitement adopté surtout parmi les femmes de la société (1)?

(1) Hamilton, *Practical observat.*, p. 6.

La réponse est facile : les mêmes accidents dyspeptiques sont très-fréquents parmi les femmes du peuple qui ont résisté jusqu'au bout. Meigs a rapporté trente observations de sensibilité névralgique exagérée de tout l'abdomen : on aurait cru à une véritable péritonite. Ces accidents cessèrent aussitôt que l'utérus eut été remis en place.

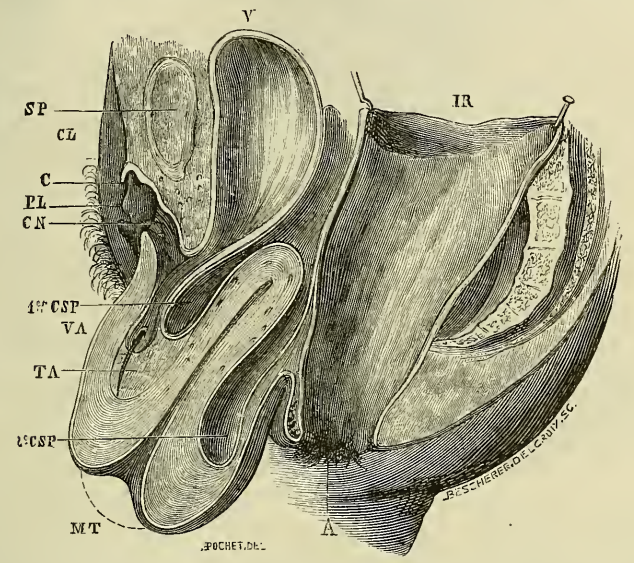


Fig. 160, vue de profil, coupe verticale antéro-postérieure de la tumeur et du bassin, qui rendra bien plus sensibles encore les rapports des parties déplacées (*).

Suivant le degré du déplacement, les résultats obtenus par l'examen au spéculum sont variables. A un premier degré, on trouve que l'utérus est dévié sur son axe et quelque peu déprimé. Plus tard il suffit d'écarter les grandes lèvres pour sentir l'utérus : l'orifice utérin se trouve toujours à la partie postérieure de la tumeur, qui remplit plus ou moins le bassin :

(*) En procédant d'avant en arrière, on trouve 1° paroi antérieure du vagin V A; 2° coupe du canal de l'urèthre, dont on peut parfaitement apprécier la direction oblique de haut en bas, la concavité légère en bas, tandis que dans l'état naturel sa concavité est dirigée en haut et sa direction oblique de bas en haut; 3° la portion de vessie déplacée, et sa continuité avec la portion de vessie restée en place, et qui elle-même a acquis une grande capacité. On voit manifestement par la présence des orifices d'uretères que la partie déplacée est le bas-fond de la vessie. Il ne pouvait pas en être autrement, puisque c'est ce bas-fond qui adhère fortement à la face antérieure du vagin, adhésion d'autant moins intime d'ailleurs qu'on s'éloigne davantage du canal de l'urèthre; 4° Derrière la vessie est le premier cul-de-sac péritonéal 1er C S P; 5° derrière ce cul-de-sac, la coupe de l'utérus, dont le diamètre vertical est notablement augmenté, dont l'extrémité inférieure présente un renflement considérable, et dont la cavité forme un canal étroit et irrégulier; 6° derrière l'utérus, le deuxième cul-de-sac péritonéal 2e C S P, le péritoine revêtant le cul-de-sac formé par l'utérus et par la paroi postérieure du vagin; 7° derrière la tumeur formée par le vagin renversé, se voit la coupe d'une espèce de rigole profonde formée par la paroi postérieure du vagin réfléchie sur elle-même : en effet, tandis que la paroi antérieure du vagin s'est déplacée dans toute sa hauteur, la paroi postérieure a résisté dans toute sa partie inférieure et conserve les rapports qu'elle affecte avec le rectum; 8° enfin, la cavité du rectum, qui n'a nullement participé au déplacement. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1835-1842, XXVIe livr., pl. IV, fig. 2.)

quant au vagin, les parois sont flasques, distendues, et forment des plis nombreux.

Une fois le prolapsus produit, il suffit, pour le constater, d'écarter les cuisses et un peu les grandes lèvres. La matrice est généralement conique et piriforme; mais est-ce la partie supérieure de la tumeur qui est la plus large, ou bien est-ce la partie inférieure? cela dépend entièrement du temps depuis lequel le prolapsus existe. Au début, le sommet du cône est en bas; dans les prolapsus chroniques le sommet est à l'orifice du vagin. Parfois l'utérus devient cylindrique et ressemble même tout à fait à la verge. Saviard (1) raconte l'histoire d'une femme qui, atteinte de prolapsus utérin, fut prise pour une hermaphrodite. « Duval fut tout à fait trompé dans le cas de la fille Maria Lemarcis par la ressemblance frappante qui existait entre un col de l'utérus et le gland d'un homme. » La dimension de la tumeur varie beaucoup : quand la matrice peut encore se réduire pendant le séjour au lit, il est rare qu'elle atteigne un volume considérable; mais quand le prolapsus est permanent, ou bien quand la réduction est devenue impossible, soit par suite d'une inflammation, soit par suite d'un gonflement subit, la tumeur arrive à des proportions très-considérables, elle devient tout à fait irréductible.

Dans tous les cas de prolapsus, l'orifice de l'utérus est à la partie inférieure de la tumeur et, comme dans les polypes, il existe souvent une fente qui ressemble à cet orifice; on devra toujours introduire une bougie pour dissiper les doutes. Sur la paroi antérieure de l'utérus se trouve la vessie, le tout étant recouvert par le vagin. La membrane muqueuse vaginale tantôt est tendue et tantôt plissée suivant le volume de la tumeur et suivant le degré de distension de la vessie.

[Le cathétérisme vésical doit être ajouté aux autres moyens d'exploration et servira à indiquer les rapports de la vessie avec l'utérus. Cet organe est en effet entraîné plus ou moins dans la chute de la matrice.]

§ V. — Anatomie pathologique.

[Nous ne reviendrons pas sur la disposition des parties telle qu'on peut la constater sur le vivant, et qui appartient plus directement à la symptomatologie. Nous indiquerons seulement les modifications qui se sont opérées dans les rapports des organes contenus dans la cavité pelvienne, dans le cas de chute simple de l'utérus. « En avant, dit E. Q. Legendre (2), on trouve la vessie tiraillée en bas et paraissant aplatie, derrière la vessie l'utérus qui n'est plus flottant dans la cavité abdominale et s'applique contre ce réservoir, sur lequel il produit une dépression. Quelquefois on n'aper-

(1) Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Paris, 1702, obs. XV.

(2) E. Q. Legendre, *De la chute de l'utérus*, thèse de concours d'agrégation. Paris, 1860, p. 43.

çoit que le sommet du corps. Entre la vessie et l'utérus, le cul-de-sac péritonéal antérieur, qui n'est pas toujours très-prononcé, tandis que le postérieur s'enfonce très-profondément entre le rectum et l'utérus; mais ces

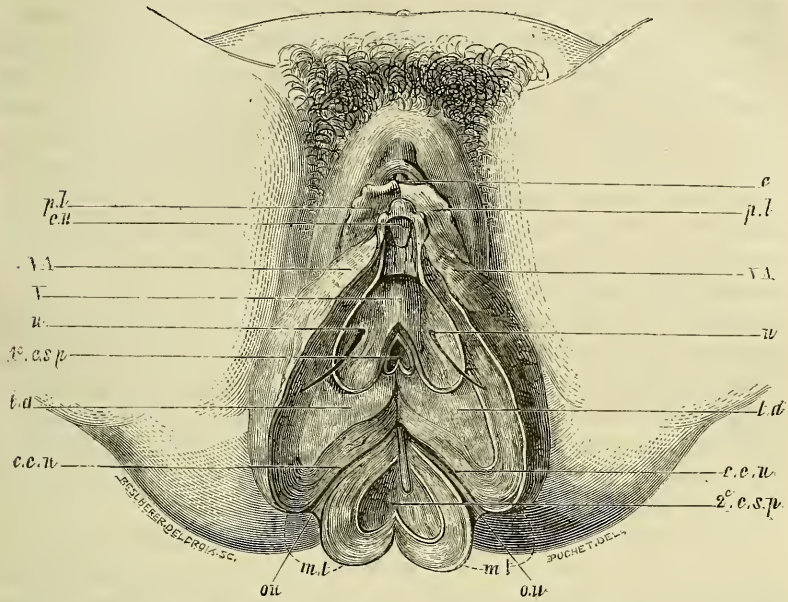


Fig. 161. — Descente de l'utérus. Changememts de rapports que subissent les parties déplacées : section médiane antéro-postérieure de la tumeur formée par le vagin renversé (*).

deux organes sont encore en rapport immédiat appliqués l'un contre l'autre, pressés pour ainsi dire, puisque la plus grande partie des organes

(*) En procédant de haut en bas, on voit : 1° coupe du canal de l'urèthre *c u*, dont la paroi inférieure a été divisée en même temps que le vagin : ce canal a suivi dans son déplacement la paroi antérieure du vagin dans l'épaisseur de laquelle il est comme creusé, et sa direction est oblique de haut en bas au lieu d'être oblique de bas en haut; 2° au-dessous du canal de l'urèthre, portion de vessie V qui a été également entraînée par la paroi antérieure du vagin. Sur la paroi postérieure de cette portion de vessie herniée, qui appartient à la base de l'organe, se voient les orifices des uretères *u*, *u*; 3° la paroi postérieure de la portion de vessie déplacée ayant été divisée sur la ligne médiane, on est arrivé à un cul-de-sac formé par le péritoine 1er *c s p*; 4° plus en arrière, l'espèce de cul-de-sac formé par la paroi antérieure du vagin et par la région antérieure de l'utérus : par le vagin qui se porte de haut en bas, par l'utérus qui se porte de bas en haut. L'intervalle qui sépare la portion de vessie déplacée du vagin et de l'utérus est occupé par du tissu adipeux *t a*; 5° plus en arrière encore, coupe médiane du museau de tanche et du col utérin, l'orifice *o u* du museau de tanche *m t*, le demi-canal *c c u* qui résulte de la coupe de la cavité du col utérin. Un stylet, introduit de bas en haut à la faveur de ce demi-canal, pénètre dans la cavité du corps de l'organe; 6° enfin, tout à fait en arrière, cul-de-sac formé par la face postérieure de l'utérus et par la paroi postérieure du vagin, cul-de-sac par le péritoine 2e *c s p*. Ce second cul-de-sac péritonéal est très-superficiel, et il suffirait, pour y arriver, de diviser la paroi postérieure du vagin. — La même figure permet de voir la continuité de l'utérus, d'une part avec la paroi antérieure du vagin, d'une autre part avec la paroi postérieure du même conduit : l'aspect du tissu du vagin et de l'utérus est le même, et la ligne de démarcation entre l'utérus et le vagin n'est pas à beaucoup près aussi marquée que dans l'état naturel. Je ferai remarquer, bien que cette circonstance anatomique soit étrangère à l'objet qui nous occupe, que cette figure donne une idée très-exacte du mode de continuité des petites lèvres avec le petit tubercule *c*, qui constitue l'extrémité terminale du clitoris. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1835-1842, XXVIe livraison, pl. IV, fig. 1.)

du bassin est descendue pour occuper une région plus petite. En arrière, le rectum offre une certaine rectitude dans sa partie inférieure, disposition due à la tension de la tunique péritonéale. Sur les côtés du corps de l'utérus, les ovaires et les trompes souvent atteints d'altérations pathologiques de chaque côté, les replis péritonéaux, des ligaments larges se portant obliquement en arrière et en dehors, et ayant une direction rectiligne, disposition qui indique leur déplacement et un certain degré de tension. En avant, les ligaments ronds dont le trajet est aussi direct au lieu d'être flexueux. Enfin, en arrière, deux cordons réguliers faisant saillie sur les côtés du rectum et descendant en arrière des ovaires, représentent les ligaments utéro-sacrés (plis de Douglas); on peut les suivre jusqu'à la partie supérieure du bassin, dans les régions sacrées et lombaire, où ils s'étendent en éventail (fig. 161).

Du côté de la vulve, nous trouvons une tumeur d'un certain volume qui écarte les grandes lèvres. Nous pouvons constater qu'elle est plus ou moins réductible, et dans ce cas, l'abdomen étant ouvert, on suit mieux la continuité des organes internes qui sont sortis en partie à l'extérieur. Quant à sa forme, à sa coloration, à sa consistance, ces signes physiques sont plus nettement caractérisés chez le vivant; nous les indiquerons dans la symptomatologie.

Cette disposition générale des organes est surtout bien évidente, lorsqu'on a pratiqué une coupe longitudinale antéro-postérieure de la région du périnée : on saisit alors dans leur ensemble les rapports de l'utérus, sa direction, son allongement, les *diverticulum* que la vessie et le rectum envoient dans la tumeur, les prolongements du péritoire entre tous ces organes, la direction du canal de l'urèthre, le renversement du vagin, la nouvelle configuration du périnée.

§ VI. — Diagnostic.

Outre les autres symptômes du prolapsus, il en est un qui est décisif et que l'on retrouve à tous les degrés : c'est l'existence de l'orifice utérin à la partie inférieure de la tumeur. On devra donc s'assurer que c'est cet orifice et non pas une simple fistule. Un autre signe important, c'est la forme de la tumeur : un cône à sommet inférieur.

Le prolapsus peut être distingué :

I. *Avec les polypes de l'utérus.* — Par la présence de l'orifice utérin à la partie inférieure de la tumeur et par la sensibilité de cette tumeur; par le renversement concomitant du vagin et par la présence de la vessie à la partie antérieure de la tumeur.

II. *Avec l'inversion partielle de l'utérus.* — Par la présence de l'orifice à la partie inférieure de la tumeur; par la surface lisse et par l'absence de tout écoulement. Il diffère de l'inversion complète par les mêmes signes que nous venons d'énumérer et, de plus, par la présence de la vessie à la

partie antérieure, et par l'absence des symtômes constitutionnels graves.

III. *Avec le prolapsus vaginal.* — Par la plus grande résistance de la tumeur, et encore par la présence de l'orifice à la partie inférieure.

IV. *Avec les tumeurs du bassin.* — Par la situation de l'orifice, par les déplacements considérables qu'il produit dans le bassin, déplacements qui sont généralement nuls ou peu marqués dans les tumeurs pelviennes.

[V. *Avec l'allongement hypertrophique du col.* — Dans ce dernier cas, on constatera par le toucher vaginal et rectal la présence du corps de l'utérus dans la cavité du bassin, et le cathétérisme utérin, pratiqué avec soin, montrera que, dans le prolapsus simple, la cavité utérine a conservé ses dimensions normales. Si quelquefois la mensuration faite pendant que l'utérus est au dehors indique un allongement marqué, il faudra, suivant le conseil d'Aran, recommencer l'observation après avoir réduit l'utérus. Plusieurs fois, dans ce cas, il a trouvé que l'allongement était plus apparent que réel, et que l'utérus mesurait après la réduction ses dimensions normales.] [[Il est inutile d'insister plus longtemps ici sur ce diagnostic qui a été fait avec tous les détails qu'il comporte, dans le chapitre consacré à l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. (Voy. page 384.)]]

§ VII. — Traitement.

Si la maladie que nous venons de décrire est abandonnée à elle-même, les symptômes iront toujours en s'accroissant, et la malade mourra épuisée par les pertes abondantes et les désordres consécutifs de l'estomac. Ou bien les parties contenues dans le vagin en inversion se trouvant plus exposées aux influences extérieures s'enflammeront, et la malade mourra encore d'accidents aigus. De semblables terminaisons sont rares, et il est beaucoup plus ordinaire de voir les malades traîner une existence misérable pendant de longues années, jusqu'au jour où elles succombent à une affection intercurrente (1).

C'est dans le traitement de ce déplacement que l'on reconnait l'importance d'une exacte appréciation des causes et du degré de la maladie. Dans les cas peu graves, on obtient souvent un succès complet en faisant disparaître les tendances à la congestion ou l'hypertrophie utérine, ou bien en agissant directement sur la membrane muqueuse. Dans les cas plus graves, il faut, de toute nécessité, avoir recours au traitement mécanique.

I. *Descente de matrice.* — Nous examinerons d'abord le traitement de la descente de matrice.

Si une malade qui a souffert antérieurement d'une descente de matrice devient enceinte, on devra lui interdire de quitter son lit ou même de s'as-

(1) Clarke, *On diseases of females,* vol. I, p. 86.

seoir avant que les parties soient revenues à leur position naturelle. Avec des soins et un séjour au lit plus prolongé que de coutume, je suis arrivé à guérir un grand nombre de malades qui, avant leur grossesse, avaient été atteintes de prolapsus. Ce traitement préventif est en général suivi de succès; mais on n'a pas souvent à l'appliquer, la plupart des cas de prolapsus survenant à un âge où les femmes ne peuvent avoir d'enfants.

« Les déviations de l'utérus, dit avec raison Lisfranc (1), se rattachent aux engorgements de cet organe et en dépendent généralement. On a considéré ces déplacements comme une maladie essentielle, et, en les attaquant sans avoir égard à l'engorgement utérin, on n'a fait que traiter le symptôme, aussi a-t-on bien rarement obtenu la guérison. Nous avons touché des milliers de femmes, et jamais, jusqu'à ce jour, nous n'avons trouvé de déviation sans engorgement. C'est donc cette affection dernière qu'il faut combattre par les moyens indiqués, et, l'engorgement dissipé, l'utérus revient à sa position normale, ou à peu près, à moins qu'il n'existe un déplacement très-considérable. »

Dans les cas ordinaires, le premier remède à employer, c'est le repos dans la position horizontale et prolongée aussi longtemps que possible. Si, par ce moyen, on n'arrive pas à guérir le relâchement du vagin et des ligaments, on l'empêche du moins de s'accroître. Quand il y a quelque peu d'hypertrophie, je me suis très-bien trouvé de toucher deux fois par semaine le col utérin avec une teinture concentrée d'iode ; je prescrivais en même temps les injections froides ou astringentes une ou deux fois par jour pendant plusieurs mois. Deux ou trois fois par jour encore on lavera les organes génitaux et l'anus avec de l'eau très-froide, et l'on ferait matin et soir, dans le vagin, une injection avec la valeur d'un demi-litre d'eau froide. Pendant l'injection, qui sera faite lentement et doucement, la malade restera couchée dans son lit.

Les médicaments astringents doivent être essayés; dans beaucoup de cas ils ont rendu de grands services. On en a recommandé plusieurs espèces. Plusieurs auteurs ont repoussé les astringents métalliques comme pouvant produire une irritation sur la muqueuse, et ils recommandent surtout les astringents végétaux. Cet accident est cependant assez rare. Les médicaments les plus utiles sont le sulfate de zinc ou de cuivre (2 grammes pour 60 grammes d'eau), le nitrate d'argent (1 ou 2 grammes pour 80 grammes d'eau), l'alun (8 grammes pour 120 grammes d'eau), la décoction de thé vert, d'écorce de chêne, de noix de galle, de matico, l'infusion de roses; on pourrait aussi combiner les astringents minéraux et végétaux. Une demi-pinte ou une pinte entière de liquide astringent serait injectée à froid deux ou trois fois par jour, la malade étant couchée. Blundell (2) conseille de faire usage de poudres astringentes, de noix de

(1) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 526.
(2) Blundell, *On diseases of women*.

galle, par exemple. La malade pourrait plus facilement se traiter elle-même, et, de plus, la poudre resterait plus longtemps en contact avec les parties malades qu'une injection ne peut le faire.

On arrivera au même résultat et d'une manière plus avantageuse en mettant la poudre dans un petit sac de mousseline, qui sera moins irritant et qu'on pourra enlever de temps en temps. Je me suis très-bien trouvé de ce procédé. Burns (1) s'en tient aux injections astringentes, que l'on fasse ou non usage de pessaires. Boivin et Dugès (2) sont du même avis.

Hamilton (3) a fait aux injections plusieurs objections :

1° En admettant que les injections astringentes soient tout à fait inoffensives, l'auteur ne peut admettre qu'elles aient jamais donné la moindre tonicité au tissu vaginal ;

2° L'irritabilité de la muqueuse vaginale est essentiellement différente chez une femme donnée, très-différente même suivant les époques. Donc il peut se faire qu'une injection astringente, utile un jour, devienne nuisible le lendemain ;

3° L'auteur est convaincu, d'après les faits qu'il a vus, que les injections astringentes sont encore plus nuisibles pour l'utérus que pour le vagin ; il est convaincu que, dans le plus grand nombre de cas d'hypertrophie chronique de l'utérus qu'il a eu à observer, sans aucun doute les injections vaginales styptiques avaient été le plus souvent la cause des accidents.

Il est facile de répondre à ces objections par la simple énumération des cas dans lesquels ces injections sont prescrites :

1° Sans aucun doute, toute inflammation aiguë du vagin sera notablement aggravée par l'emploi des astringents ;

2° La congestion ou l'inflammation chronique de la matrice est un obstacle à l'emploi des injections ; mais, en pareil cas, la disparition de la maladie amène du même coup la guérison du prolapsus ;

3° Le degré de concentration de l'injection astringente sera variable suivant le degré d'irritabilité du vagin ; si l'on voit survenir la moindre douleur, les injections devront être abandonnées immédiatement.

Les injections peuvent cependant ne pas suffire pour guérir la maladie, auquel cas nous devons avoir recours aux supports mécaniques ; mais jamais on ne devra s'y décider chez les jeunes femmes avant d'avoir tenté de guérir la cause même du déplacement. Dans quelques cas où l'axe de l'utérus était complétement dévié, j'ai obtenu un soulagement immédiat et permanent à l'aide du pessaire de Hodge. Il agit sans doute en ramenant l'utérus à une position normale.

L'amélioration de la santé aura souvent une influence très-grande sur les

(1) Burns, *Principles of midwifery*, 10e édition. London, 1843, p. 144.
(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 99.
(3) Hamilton, *Practical observations*, p. 17.

prolapsus, en sorte qu'il faut toujours tenir grand compte de l'état général. Les pilules bleues, quelques purgatifs aromatiques, des toniques, une bonne nourriture, et pour les femmes des villes un séjour à la campagne, seront les moyens de traitement les plus utiles.

II. *Prolapsus confirmé.* — Quand le médecin est appelé pour un cas de prolapsus complet, que l'utérus est pendant entre les cuisses, son premier devoir est de tenter la réduction. En général, la chose est facile : l'utérus est peu à peu pressé et refoulé avec douceur et forcé tout à la fois, par la main antérieurement enduite d'huile. Une fois l'organe rentré dans le vagin, avec un ou deux doigts on le replace autant que possible dans la position normale. Il faudrait seulement s'assurer avec un soin tout spécial si jamais les parties internes de la tumeur ont été enflammées. En pareil cas, il devrait y avoir intérieurement des adhérences par de la lymphe plastique, et rompre brusquement ces adhérences, ce serait faire courir à la malade les plus grands dangers. Si donc il y a eu quelques douleurs persistantes dans la tumeur; si, surtout, avec les douleurs, il y a eu les symptômes généraux ordinaires d'une inflammation péritonéale, tels que soif, langue chargée, pouls petit et rapide, tension et sensibilité de l'abdomen, vomissements; en pareil cas, dis-je, aucune tentative de réduction ne devrait être faite (1).

Pour opérer la réduction, il faut placer la malade de manière à ce que le siége soit plus haut que la tête; de cette manière, on supprime l'effet de la pesanteur des intestins. La malade couchée droite, de manière à ne pouvoir se roidir ni contracter ses muscles abdominaux : le médecin applique alors l'index et le pouce sur la partie inférieure de la tumeur, là où se trouve l'orifice, et, par une pression douce et continue, il tend à repousser cet orifice dans le centre de la matrice. Ce premier point obtenu, la pression est continuée sur toutes les autres parties de l'organe, jusqu'à ce qu'elles soient toutes ramenées à leur position naturelle dans le bassin. On introduit alors un pessaire dans le vagin, et la malade doit rester couchée avec le siége élevé pendant plusieurs heures. Si l'utérus était considérablement tuméfié, la réduction immédiate peut être très-difficile et même impossible, et il peut se faire qu'en pareil cas on soit obligé de tirer du sang, de donner quelques purgatifs, de placer la malade dans un bain chaud, et de faire sur l'organe déplacé des fomentations chaudes. Si ces divers moyens, combinés avec le repos absolu dans la position horizontale, viennent à échouer, on pourrait appliquer sur la tumeur quelques sangsues ou pratiquer une ou plusieurs incisions dans la substance même de l'utérus. Jalouset (2), Berchelman (3) et Labatt (4) ont usé de ce pro-

(1) Clarke, *On diseases of females*, vol. I, p. 124.

(2) Jalouset, *Mémoire sur une opération faite à l'orifice et au col de la matrice* (*Journal de médecine*. Paris, 1775, t. XLIII, p. 366).

(3) Berchelman, *Med. Comment.*, vol. II, p. 43.

(4) Labatt, *Dublin, med. and phys. essays*. Vol. I, p. 245.

cédé avec succès. Il est bien entendu qu'il faut éviter avec grand soin de blesser le péritoine.

Si le prolapsus est ancien et que l'utérus soit très-volumineux, il arrive quelquefois que la réduction entraîne plus de troubles que le prolapsus même. Richter (1) a rapporté un fait à l'appui de cette proposition. La malade, une fois l'utérus réduit, ressentit un malaise considérable, des douleurs aiguës dans les intestins et fut obstinément constipée. Il fut nécessaire de laisser retomber l'utérus en prolapsus pour la soulager de ses tortures. [[Les douleurs qui surviennent alors indiquent que l'on n'a pas affaire à un prolapsus véritable, mais bien plutôt à un allongement hypertrophique. M. Huguier a en effet démontré que dans le prolapsus véritable, la malade, loin d'éprouver de la douleur, ressent au contraire du soulagement quand la réduction est faite ; tandis qu'il survient des douleurs et de la gêne après cette même réduction dans le cas d'allongement hypertrophique, par suite de la compression des organes par le col devenu volumineux.]]

Bobe Moreau pense que la pression exercée par un bandage est le seul moyen de guérir un cas de prolapsus ancien, et ce moyen, déjà proposé par Léveillé (2), a été suivi de succès. L'ergot de seigle a aussi réussi pour diminuer le volume de l'utérus.

M. Kerr (3), de Manchester, rapporte l'histoire suivante :

Observation V. — Une dame prit 5 grammes d'ergot de seigle à une heure d'intervalle, dans le but de provoquer des contractions utérines et de diminuer ainsi le volume de l'organe, jusque-là irréductible. La malade se plaignait de douleurs et de pincements dans l'utérus, et à l'examen on découvrit que la tumeur avait considérablement diminué de volume, si bien que, sans grand effort, on fit la réduction.

Il y a très-peu de cas qui soient entièrement irréductibles. Du reste, en cas d'irréductibilité absolue, la gangrène doit arriver, et il reste à se décider sur l'opportunité d'enlever tout organe.

Les ulcérations circonscrites que j'ai mentionnées comme se développant souvent sur l'utérus exposé à l'air sont guéries par des applications émollientes et légèrement stimulantes. Clarke recommande l'onguent suivant :

℞ Baume du Pérou	8	grammes
Blanc de baleine	30	—

Une fois la réduction opérée, les ulcérations disparaissent spontanément. Les divers onguents, stimulants ou astringents, employés dans les maladies de peau réussissent encore très-bien.

(1) Richter, *Chir. Bibliothek*, t. III, p. 141.
(2) Léveillé, *Bull. de la Fac. de méd.*, 1815, n° 4.
(3) Kerr, *Med. Gazette*, 26 juillet 1834.

Une fois l'utérus réduit, il reste encore à se décider sur le meilleur moyen de le maintenir en place et de prévenir une rechute. Le procédé ordinaire est l'introduction d'un pessaire. [[Mais avant d'employer ce moyen de contention, il faut être bien sûr que l'on a affaire à un prolapsus véritable et non pas à un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus; car le pessaire qui peut être utile dans le premier cas, sera nuisible dans le second, par suite de l'augmentation de volume de l'organe qui déterminera une compression des organes pelviens et des douleurs qui forcent bien vite la malade à abandonner ce moyen de soutien de l'organe]].

Les pessaires que l'on a employés sont nombreux, et formés de substances variées : les uns sont faits d'éponge, de verre, de liége, de bois; d'autres sont d'ivoire, d'argent, de gomme élastique, de caoutchouc vulcanisé et de gutta-percha. Ceux dont on se sert ordinairement sont plats arrondis ou ovales, avec des bords plus épais que le centre, et très-lisses au toucher. Au centre, il y a un trou pour faire place à toute espèce d'écoulement; dans le même but on a fait de petits trous sur la circonférence. Le liége, qui, par sa légèreté, semble être propre à la fabrication des pessaires, doit cependant être rejeté, parce que, étant poreux, il s'imbibe facilement, et devient ensuite une cause permanente d'irritation dans le vagin. Pour la même raison, l'éponge est le plus mauvais des tissus.

Les formes les plus usitées sont : la forme circulaire et la forme ovale. Le pessaire circulaire ne peut être appliqué que dans les cas où la maladie est peu avancée et que le tissu du vagin offre encore de la résistance. Il ne serait pas prudent d'introduire un pessaire circulaire dont le diamètre excéderait 2 pouces 1/2. Les bords doivent avoir une épaisseur d'au moins un tiers de pouce. Ils deviendront de plus en plus minces vers le centre, où il y a une ouverture dans laquelle le chirurgien peut introduire son doigt, afin de placer lui-même l'instrument. Pour rendre le pessaire plus léger et faciliter l'écoulement des règles et des sécrétions vaginales, on peut encore percer des trous sur différents points de la circonférence.

Le pessaire de forme ovale est celui qui convient le mieux, dans les cas où le vagin est immédiatement relâché. Il appuie par ses deux extrémités sur les parois latérales du vagin, et cependant ne gêne ni les fonctions du rectum ni celles de la vessie. Quand le cas l'exige, on peut sans aucun danger faire usage d'un pessaire d'un diamètre ovalaire de 12 centimètres (1).

Blundell préfère les pessaires globulaires ou ovoïdes, sous prétexte qu'ils fournissent aux organes un support plus considérable.

Davis dit que le pessaire le plus facile à supporter, et celui qui répond le mieux à toutes les indications, est un morceau d'éponge fine placé au

(1) C. Clarke, *On diseases of females*, t. I, p. 112

fond du vagin. La principale objection qu'on puisse faire à ce pessaire, c'est qu'il faudrait le retirer et le changer au moins une fois par jour. D'autre part, le pessaire d'éponge a un grand avantage, c'est de maintenir continuellement les parois vaginales plus ou moins en rapport constant avec les médicaments qu'on peut avoir à appliquer. L'auteur charge ordinairement la malade d'introduire elle-même cette éponge, lui recommandant seulement de se placer dans une position horizontale, les genoux pliés, et de pousser l'éponge profondément (1).

Waller (2) a décrit un instrument dont il s'est bien trouvé dans les cas de lacération du périnée. Il consiste en une ceinture élastique en acier qui fait le tour du corps, et prend son point d'appui juste au-dessous des hanches; elle est attachée en arrière au moyen d'une boucle et d'une courroie. Deux petits clous à tête sont fixés au centre de cette ceinture, à la partie antérieure, et sur ces clous est attachée une tige courbe en acier. Cette tige, de longueur proportionnée, se termine par un crochet et pénètre dans le vagin jusqu'à la hauteur normale, où doit se trouver l'utérus. Ce crochet est garni d'un pessaire formé d'abord par du

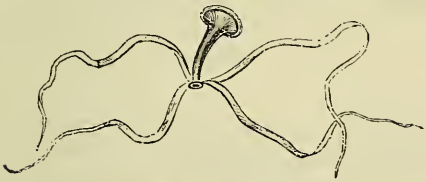


Fig. 162. — Pessaire Coxeter.

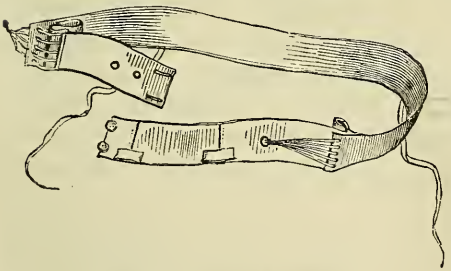


Fig. 163. — Ceinture à pessaire.

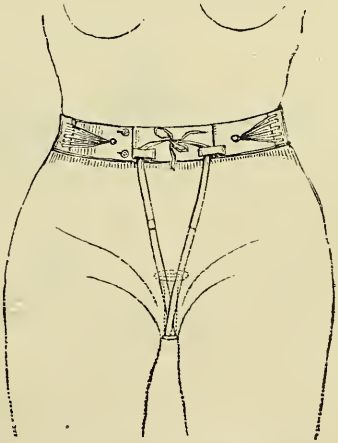


Fig. 164. — Pessaire Coxeter de gutta-percha en place.

liége, et recouvert ensuite de caoutchouc. Les courroies agissent comme des ressorts et permettent au corps de se mouvoir librement. Elles peuvent être facilement détachées de dessus les clous, et de la sorte on enlève le pessaire sans déboucler la ceinture circulaire. Sur la partie antérieure, de la ceinture, il y a une pièce élastique avec rainure correspondant

(1) Davis, *Obstetric medicine*, vol. I, p. 550.
(2) Waller, *in* Denman, *Midwifery*, p. 68, note.

à la tige d'acier, et qui a pour but d'empêcher le pessaire d'être déplacé.

[Le pessaire de Coxeter (fig 162), recommandé par Tilt (1), se rapproche assez de celui de Waller. Le pessaire est de gutta-percha, perforé à sa partie supérieure de trous correspondant à la tige creuse qui le supporte. Il est supporté par une ceinture (fig. 163). La figure 164 montre le pessaire en place.

L'appareil de Roser, avec la modification que nous y avons apportée (fig. 165), dit Scanzoni (2), convient parfaitement lorsque la chute de la

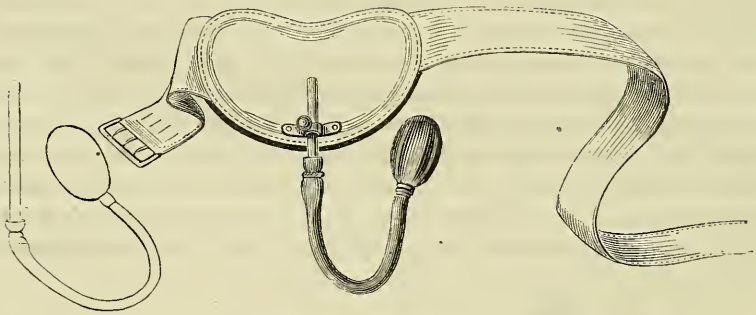


Fig. 165. — Hystérophore de Roser modifié par Scanzoni.

matrice était précédée d'un prolapsus de la paroi antérieure du vagin, lorsque cette dernière est, au moment de l'application, plus relâchée que la paroi postérieure, ou enfin lorsqu'une cystocèle vaginale complique la chute de matrice. Il consiste en une plaque de fer-blanc recouverte de cuir, de la forme d'un rein, et de 14 centimètres de long sur 8 1/2 de large, portant sur sa surface antérieure une agrafe d'acier dans laquelle s'adapte, au moyen d'une vis, l'extrémité d'une branche recourbée destinée à être introduite dans le vagin. Cette branche, également d'acier, possède, 5 centimètres 1/2 au-dessous de l'extrémité s'adaptant dans l'agrafe, une charnière qui lui permet un mouvement libre à droite et à gauche. De là, la branche descend encore environ 5 centimètres 1/2, puis elle se recourbe, décrivant, d'abord en arrière, puis de nouveau en haut et en avant, un segment de cercle tel, que la partie remontante, également longue de 5 centimètres 1/2, se trouve à 5 centimètres 1/2 de la branche descendante, à l'endroit où les deux parties sont le plus éloignées l'une de l'autre. Toute la branche elle-même consiste en un ressort d'acier large de 5 millimètres et passablement fort, renfermé dans toute sa longueur dans un tube de caoutchouc vulcanisé et terminé par un bouton d'ébène, de 4 centimètres de long sur 3 de large et 1 1/2 d'épaisseur, as-

(1) Tilt, *Handbook of uterine therapeutics*, p. 210.

(2) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. de l'allemand. Paris, 1858, p. 115.

sujetti au moyen d'une vis pour pouvoir être monté ou baissé à volonté. A droite et à gauche de la plaque destinée à reposer sur le pénil se trouve un large ruban de fil que l'on applique autour des hanches et que l'on serre au moyen d'une boucle. Pour empêcher cette plaque de remonter vers l'abdomen, on peut ajouter deux rubans étroits passant entre les jambes des deux côtés de la vulve et que l'on attache en arrière de la ceinture entourant les hanches. Chez quelques malades où ces rubans étaient incommodes, Scanzoni les a remplacés par une large bande partant de la plaque, recouvrant la branche descendante et attachée à la même place que les rubans.

Le but de cet appareil est de presser la paroi antérieure du vagin relâchée et distendue et de la retenir contre la symphyse par l'élasticité de la branche d'acier, elle et l'utérus également déplacé, dans une position aussi normale que possible. Cet appareil remplit ordinairement parfaitement son but lorsque son application n'est pas empêchée par une sensibilité excessive des organes génitaux.

M. Charrière, dit A. Becquerel (1), a fait à l'hystérophore de Roser, modifié par Scanzoni, une amélioration qui le rend beaucoup plus commode et applicable à un plus grand nombre de cas (fig. 166). La ceinture

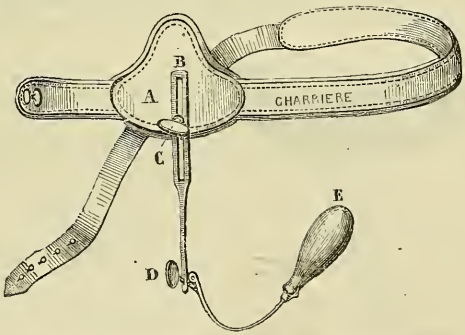


Fig. 166. — Ceinture de Becquerel pour les chutes de l'utérus (*).

a été remplacée par un ressort d'acier; la tige B, servant à la compression D, a été brisée à sa partie inférieure au moyen d'une charnière munie d'une vis de pression qui donne à cette tige une inclinaison qu'on peut varier suivant les cas, et la nécessité d'une compression plus ou moins grande. La pelote E destinée à être placée dans le vagin, et à comprimer sa paroi antérieure contre le pubis, est de gutta-percha, ou, si

(1) Becquerel, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1859, t. II, p. 301.

(*) A, plaque dorsale munie d'une ceinture à ressort de bandage s'attachant en avant; B, tige d'acier trempé en ressort, fendue au milieu, glissant de haut en bas, et de bas en haut, et fixée par la vis de pression; C, D, articulation dite à marteau, servant à incliner plus ou moins la tige partant de la pelote E.

cette substance ne présente pas assez de résistance, de métal couvert de caoutchouc vulcanisé, ou bien encore d'ivoire poli.

L'hystérophore de Roser est parfaitement inutile lorsque le relâchement du vagin est général, ou lorsque c'est surtout la paroi postérieure

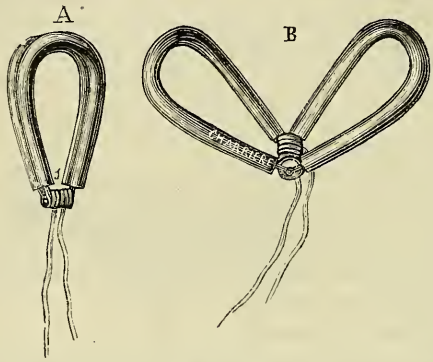


Fig. 167. — Pessaire à dilatation continue de M. Pertusio (de Turin) (*).

de cet organe qui participe à la descente de l'utérus. Dans un pareil cas il vaut mieux chercher à soutenir l'utérus et à opposer un obstacle à sa

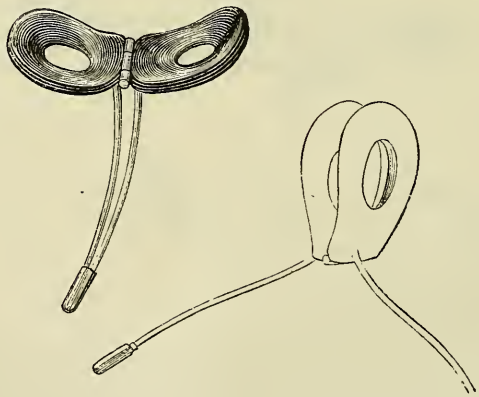


Fig. 168. — Hystérophore de Zwanck (1).

descente en éloignant l'une de l'autre les parois latérales du vagin et en étendant ainsi de droite à gauche le fond de cette cavité. Les pessaires ordinaires ronds ou ovales qui remplissent en partie ce but ont l'incon-

(1) Zwanck, *Hysterophor* (*Monatschr. für Gebtsk.*, mars 1853).

(*) A, l'instrument fermé, prêt à être introduit ; B, l'instrument ouvert.

vénient de dilater en même temps les parois postérieure et antérieure du vagin, d'être difficiles à enlever et d'exercer souvent une compression désagréable sur la vessie et le rectum.

Il faudra en conséquence dans de pareilles circonstances préférer les pessaires qui exercent principalement une pression sur les côtés du vagin, comme, par exemple, celui de Pertusio (fig. 167). celui de Zwanck (fig. 168), celui de Zwanck, modifié par Coxeter (fig. 169), celui de Schilling (fig. 170), celui de Breslau, etc.

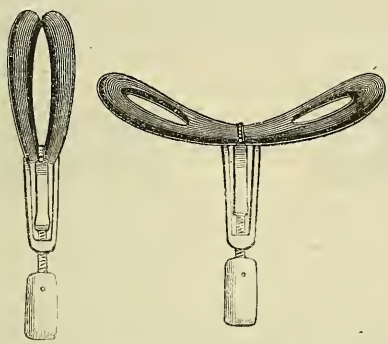


Fig. 169. — Pessaire de Zwanck, modifié par Coxeter par l'addition d'un écrou pour l'ouvrir et le fermer.

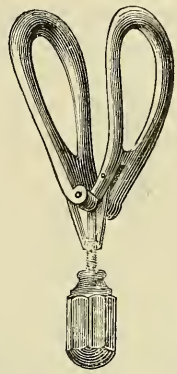


Fig. 170. — Hystérophore de Schilling (1).

[M. Noël Guéneau de Mussy emploie depuis longtemps un pessaire analogue à celui de Zwanck. L'hystérophore de Zwanck, dont Scanzoni a plusieurs fois eu l'occasion de faire usage, consiste en deux plaques de fer-blanc, ovales, percées dans le milieu, réunies à une extrémité par une charnière, et recouvertes d'une couche épaisse de laque. Sur la surface extérieure des plaques, de chaque côté de la charnière, se trouve une tige métallique d'environ 5 centimètres 1/2 de longueur, adaptée de manière que, lorsque l'on rapproche l'une de l'autre les extrémités de ces deux tiges, les extrémités libres des deux plaques s'éloignent l'une de l'autre. On les maintient dans cette position au moyen d'une gaîne assujettie par un pas de vis au bout d'une des tiges, de manière à pouvoir se rapprocher de la plaque, saisir l'extrémité de l'autre tige et la retenir immobile. Cet appareil, que les malades supportent ordinairement facilement, a aussi l'avantage de pouvoir sans difficulté être éloigné et replacé par les malades elles-mêmes; et, d'après les expériences de Scanzoni, il ne refusera ses services que lorsque, à cause d'une profonde rupture du périnée, il n'a pas de point d'appui suffisant, ou lorsque, l'utérus a atteint un volume et un poids trop considérables et qu'ainsi il exerce de

(1) Schilling, *Neues Verfahren zur Heilung des Gebärmutter Vorfalls*. München, 1855.

haut en bas une pression par trop forte, car dans ce cas les parois du vagin sont violemment attirées de dehors en dedans, et courbent petit à petit dans la même direction les plaques de l'appareil dont elles facilitent ainsi la chute. Enfin, il ne convient pas pour les malades chez lesquelles la dilatation et le relâchement des parois du vagin ont atteint un trop haut degré ; car dans un pareil cas, même les plus volumineux de ces instruments n'amèneraient pas la tension transversale du vagin nécessaire pour fixer l'utérus.]

M. J. Cloquet (1) a proposé un pessaire cylindrique (fig. 171), concave en avant, convexe en arrière et terminé par une dépression ovalaire.

Fig. 171. — Pessaire élythroïde de J. Cloquet.

Fig. 172. — Pessaire en gimblette.

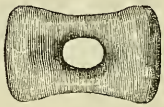


Fig. 173. — Pessaire en huit de chiffre.

Murat et Patissier (2) ont donné une description excellente de plusieurs espèces de pessaires et des dangers que l'on causait en s'en servant mal à propos. Après avoir énuméré les différentes matières dont on peut faire les pessaires, ils recommandent pour certains cas spéciaux l'emploi d'un morceau d'éponge, et après Osiander (3), ils conseillent un sac rempli d'écorce de chêne ; ils disent qu'on s'est aussi servi d'ivoire, mais que cette substance se ramollit et se déforme.

« Les pessaires sont *ronds*, *ovales*, en *gimblette* (fig. 172) ou en *cuvette*, en *huit de chiffre* (fig. 173), en *bondon*, en *bilboquet*. On distingue aussi ceux de Bauhin et de Saviard.

« Celui de Bauhin (4) était un cercle d'argent supporté sur une tige à trois branches ; il introduisait cet anneau dans la partie supérieure du vagin, de manière que le col de la matrice y fût engagé, et il le maintenait avec un ruban qui tenait à la tige de l'instrument, et dont les extrémités étaient attachées à une ceinture.

« Le pessaire Saviard consistait en un ressort d'acier, dont une des extrémités était fixée à une ceinture, pendant que l'autre, garnie d'un petit écusson, se recourbait jusqu'au dedans du vagin, et retenait la matrice dans sa situation naturelle ; l'emploi de ces deux instruments est aban-

(1) J. Cloquet, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XXIV. Paris, 1841, p. 38, art. Pessaire.

(2) Murat et Patissier, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1820, t. XLI, p. 63, art. Pessaire.

(3) Osiander, *Compendium der Geburtskunde*.

(4) G. Bauhin, *Appendix ad Fr. Rousseti librum de partu Cæsareo*.

donné de nos jours, le premier est remplacé par les pessaires en bilboquet ou à tige.

« Les pessaires *ronds* et *ovales* ont la forme que leur nom indique; ils présentent une dépression et une ouverture à leur centre, et sont aplatis sur leurs faces.

[Les pessaires ovales ont été mentionnés et figurés (fig. 174 et 175) pour la première fois par Ambroise Paré (1).]

« Les pessaires *à cuvette* ne diffèrent des précédents qu'en ce qu'une de leurs faces présente à sa partie moyenne une dépression assez profonde, de sorte que cette face est légèrement concave, tandis que l'autre est convexe. La face concave est destinée à embrasser le col de la matrice.

« Le pessaire *ovale* de Levret (2), qui est un des meilleurs, a l'inconvénient d'être trop large dans sa partie moyenne qui appuie sur le rectum et le col de la vessie, tandis qu'à ses deux extrémités il est trop étroit. Ces considérations ont déterminé M. Bruninghausen à en faire construire un qui a la forme d'un *huit de chiffre*, qui est de bois de tilleul et recouvert d'un vernis solide de succin; sa longueur doit être telle qu'il prenne ses points d'appui principaux sur les deux côtés du petit bassin, c'est-à-dire environ de 3 pouces 1/4; sa face supérieure est concave et pourvue d'une ouverture moyenne; il est étroit dans son centre de devant en arrière, ses deux extrémités étant plus larges que dans les pessaires ovales,

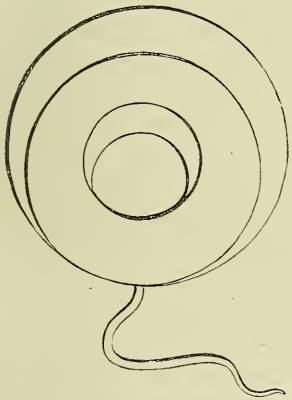


Fig. 174. — Corps du pessaire ovale.

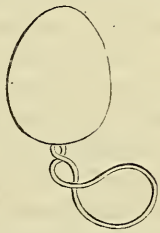


Fig. 175. — Lien du pessaire qui doit être attaché à la cuisse.

sont soutenues en plusieurs points, ce qui fait qu'elles sont moins exposées à se déranger. Ce nouveau pessaire nous paraît offrir des avantages réels : il doit être beaucoup moins exposé à changer de position, en conséquence des changements que la vessie et le rectum éprouvent dans leur volume à diverses époques de la journée; la gêne, qui accompagne toujours l'application d'un pessaire, doit être moindre que lorsque les points d'appui

(1) A. Paré, *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 742.

(2) Levret, *Remarques sur l'usage des pessaires* (*Journal de méd. chir.* de A Roux. Paris, t. XXXIV, p. 528 et suiv.). — *Remarques sur les déplacements de la matrice* (*Journal de méd. chir.* de A. Roux. Paris, 1773, t. XL).

sont entre le pubis et le sacrum, car la compression qu'il exerce dans ce dernier sens sur la vessie et le rectum, produit souvent des épreintes vésicales et intestinales, jusqu'à ce que ces organes y soient habitués.

« Les pessaires en *bondon* représentent assez bien un cône, traversé dans sa longueur par un trou; la base est en rapport avec l'utérus et le sommet est libre au dehors. La base peut être convexe, plane ou concave, suivant l'indication que l'on se propose : il vaut mieux, en général, qu'elle soit à cuvette dans le cas de descente de matrice. Le sommet présente deux anneaux ou deux prolongements latéraux qui servent à attacher les liens propres à fixer le pessaire à une ceinture.

« La plupart des pessaires que recommandent les accoucheurs anglais sont construits en bois de buis ; leur forme est ovale ou ronde; plusieurs aussi ont la forme soit d'une boule, soit d'un œuf : l'intérieur de ces derniers est creux, ils offrent à leurs deux extrémités des trous qui sont destinés à l'écoulement des menstrues. Les pessaires *ovoïdes* et à *boule*, construits en buis, jouissent d'une grande vogue à Londres.

« Les pessaires en *bilboquet*, qu'on appelle aussi pessaires *à tige*, *à pivot* ou *à pétiole*, ont été imaginés, dans le siècle dernier, par Suret, de l'Académie de chirurgie (1), pour éviter la pression que les pessaires exercent ordinairement sur la vessie et sur le rectum, et pour mieux retenir la matrice dans les cas où les tubérosités des os ischion ne pourraient supporter le pessaire. Les pessaires à tige ne diffèrent des ronds et des ovales qu'en ce qu'il part d'une de leurs faces trois branches qui, séparées par une distance égale, descendent et viennent se réunir à une tige unique plus ou moins longue, et percée d'un trou pour attacher des cordons destinés à fixer le pessaire à une ceinture ou à un bandage de corps, mais ces pessaires, que l'on construit en ivoire ou en gomme élastique, ne soutiennent la matrice que très-imparfaitement; leur point d'appui se trouvant à l'extrémité de la tige qui est hors de la vulve, la partie supérieure qui est évasée et dans laquelle est reçu le col utérin, est vacillante et peut, dans un mouvement brusque, abandonner cet organe. Ces pessaires peuvent, en outre, occasionner des accidents dans les chutes, et nuisent toujours au coït. Si le périnée est déchiré, les pessaires en bilboquet, quelque incommodes qu'ils soient, doivent être employés, parce qu'ils sont les seuls que la femme puisse supporter. On ne peut faire usage, dans cette circonstance, des pessaires ovales ou ronds, qui ne tiennent que parce qu'ils appuient sur le périnée. »

Un bon pessaire, dit sir Clarke, devrait réunir les avantages de la fermeté, de la légèreté et de la résistance du tissu, afin de ne point céder à la pression, de ne pas gêner par son poids, et de ne pas s'imbiber des liquides de sécrétion. Les pessaires de buis réunissent tous ces avantages,

(1) Suret, *in* Levret, *Sur les pessaires* (*Journ. de méd.*, t. XXXIV, p. 449).

et, comme ce bois n'est pas rare, on peut se procurer facilement de ces pessaires.

On a essayé de construire un pessaire qui, une fois dans le vagin, pourrait s'étendre à volonté. Thomas Simson de Saint-Andrew en a imaginé un de ce genre, mais il n'a pas été généralement adopté (1).

M'Clintock a réussi avec une espèce de sac de caoutchouc vulcanisé. Il l'introduisait plié, et le pessaire se développait ensuite de lui-même par sa propre élasticité. M. Lund a proposé un ressort d'acier en spirale légèrement courbé et enfermé dans une enveloppe de caoutchouc, le tout maintenu par un bandage (2). [Coxeter en a construit un sur ce principe (fig. 176).] M. Scholefield (3), Read (4), et Ritchie (5), ont chacun inventé une nouvelle forme de pessaire.

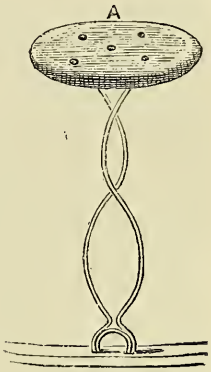


Fig. 176. — Pessaire à ressort de Coxeter.

Depuis quelques années, j'ai eu recours, pour des cas légers de prolapsus, aux anciens pessaires médicamenteux. Je fais fabriquer un petit sac de grosse mousseline de 3 pouces de long sur 1 de large, soit plus, soit moins, suivant le degré de relâchement du vagin. Je remplis ce sac d'écorce de chêne, de matico ou de noix de galle broyée. Je les trempe dans l'eau, je les frotte de cérat ou d'huile, et je les introduis dans le vagin. Au bout de deux ou trois jours je les retire et je fais introduire un nouveau sac par la malade elle-même. Ces petits sacs ressemblent aux sachets de Levret, et je suis heureux de m'appuyer sur l'autorité de Meigs (6) qui parle aussi très-favorablement de l'usage de ces pessaires.

J'ai fait usage d'un pessaire composé d'une mince lame de gutta-percha. Cette substance est très-malléable ; je m'en suis bien trouvé : il est facile de l'introduire et il n'empêche pas le cours des menstrues.

C'est ici le lieu de reconnaître de nouveau la supériorité du pessaire de Hodge. En donnant plus de longueur à la portion verticale, on distend autant que cela est possible le cul-de-sac postérieur du vagin, et la forme même du pessaire le maintient en position.

Après le pessaire d'Hodge, celui auquel je donne la préférence est le pessaire circulaire de bois, de gutta-percha ou de caoutchouc.

(1) Th. Simson, *Edinburgh med. essays and observ.*, vol. III, p. 288; *Essais et observ.*, art. 18, p. 379. — Davis, *Obstetr. medic.*, plate XI, fig. 3. — *Commentarii de rebus in scientia naturali et medicina gestis.* Leipzig, vol. IX, part. I, p. 127.

(2) Lund, *Guy's Hospital Reports*, 1846.

(3) Scholefield, *Lancet*, 6 mai 1848.

(4) Read, *ibid.*

(5) Ritchie, *Ranking's Abstract.*, vol. X, p. 207.

(6) Meigs, *Females and their diseases.* Philadelphia, 1848.

Les pessaires ovales d'argent sont parfois utiles, il faut se rappeler que le métal peut être amené à l'épaisseur d'une feuille de papier à lettres sans perdre trop de sa solidité, et que l'on peut ainsi faire un pessaire de toute forme et excessivement léger.

Le mode d'introduction du pessaire est très-simple. La malade étant placée sur le dos ou sur le côté, l'instrument est présenté par son long diamètre à l'entrée de la vulve. Une fois introduit dans le vagin, on le retourne partiellement pour le placer en travers au-dessus des tubérosités de l'ischion. Si l'orifice du pessaire est assez large, on doit pouvoir passer le doigt à travers pour arriver jusqu'à l'orifice de l'utérus. Le premier temps, l'introduction, est douloureux, il doit donc être fait avec douceur en imprimant à l'instrument un mouvement de rotation. Le pessaire globulaire est plus facile à introduire, et, une fois dans le vagin, il n'est pas nécessaire de changer sa position, mais il ne m'a pas paru être aussi utile excepté dans les cas de déchirure du périnée; il tient alors mieux en place que les pessaires d'une autre forme. Pour l'introduction du pessaire de Hodge, le point principal est de bien s'assurer que la portion verticale est placée derrière le col. Quand le vagin est trop irritable pour supporter un pessaire d'une matière résistante, il peut ordinairement supporter un pessaire de gomme élastique. Quel que soit celui dont on fasse usage, il doit être retiré de temps en temps; si l'écoulement est abondant, ce ne sera pas trop que de le retirer une fois par mois, sinon il faudra le changer tous les trois ou six mois. Des conséquences très-sérieuses ont résulté de la négligence de cette précaution. Denman fait observer que les pessaires, une fois bien introduits, peuvent souvent être portés pendant plusieurs années de suite sans grand inconvénient, mais quelquefois, par suite de l'hypertrophie et de l'étranglement du col utérin dans l'anneau d'un pessaire resté longtemps en place, on en arrive à ne plus pouvoir le retirer. Dans ce cas il faut serrer fortement entre l'index et le pouce le col utérin jusqu'à ce qu'on en ait assez réduit le volume pour le dégager. Au besoin l'on fait glisser entre la circonférence interne du pessaire et le col un bout de ruban, et l'on tire au moyen de ce ruban en repoussant le col en arrière. Enfin, si tous ces divers procédés échouent, il faut couper la circonférence du pessaire avec de fortes pinces. Le pessaire globulaire peut toujours être retiré au moyen d'une pince (1).

On a fait diverses objections à l'emploi des pessaires. Après avoir vanté les injections et les toniques, Leake (2) fait remarquer que ces moyens sont, à tous les points de vue, préférables à ces instruments douloureux et repoussants appelés pessaires, et dont on a fait si souvent usage au détriment des malades; car, au lieu de fortifier une partie af-

(1) Denman, *Midwifery*, p. 67.
(2) Leake, *Diseases of women*, p. 136.

faiblie, ils ajoutent un nouvel inconvénient à ceux qui existent déjà, et ils sont par conséquent tout à fait nuisibles. Il formule ses objections sous trois chefs :

1° Si le pessaire est trop petit, il ne peut rester dans le vagin;

2° S'il est trop large, il cause une douleur vive et une leucorrhée abondante;

3° Il est arrivé, dans certains cas, qu'il a perforé la cloison et pénétré dans le rectum.

Annan, de Baltimore (1), dit à propos des pessaires : « Qu'un corps étranger pressant continuellement sur la muqueuse du vagin doit inévitablement développer de l'inflammation et que, dans beaucoup de cas, le pessaire est impossible à supporter. — L'ulcération est souvent le résultat de ce traitement, et l'on a vu une communication s'établir entre le rectum et le vagin, et le pessaire passer dans les intestins. Une autre objection est que le pessaire dilate le vagin, et qu'une fois enlevé, il laisse l'utérus en disposition plus favorable encore pour tomber en prolapsus. »

Annan avait fait construire un instrument dont la partie supérieure ressemble au ressort et à la courroie d'un bandage herniaire double, moins les tampons, et qui est destiné à embrasser le sacrum et les saillies de l'ileum. A ce ressort circulaire est attaché, à angle droit, un autre anneau d'une longueur suffisante pour gagner le bord antérieur du périnée, et se terminant par un tampon très-souple. Ce deuxième ressort avait une courbure telle, qu'il arrivait juste au devant des grandes lèvres. Cet appareil fut appliqué avec succès dans plusieurs cas.

Dieffenbach (de Berlin) a fait connaître son opinion sur la valeur des pessaires (2) : « J'ai vu souvent cet instrument donner lieu à des écoulements putrides très-abondants, porter quelquefois la dilatation du vagin à un point très-fâcheux, amener dans d'autres cas une rétraction funeste du même organe; enfin, quelquefois, être le point de départ de productions fongueuses ou cancéreuses de la membrane muqueuse. Quelquefois, j'ai pu extraire les pessaires avec mes doigts, mais souvent ils étaient recouverts de croûtes dures et résistantes, et j'étais obligé de les broyer avec de fortes pinces. Plusieurs malades ont souffert de violentes irritations de la vessie; d'autres, pendant des années, d'une constipation opiniâtre. » D'autre part, on ne peut nier cependant que les pessaires et les éponges ne soient utiles dans quelques cas, quand ils sont employés à propos par une main habile (3).

Hamilton (4) fait à l'usage des pessaires les objections suivantes :

1° Ils ne peuvent agir que comme palliatifs, quel que soit le degré de la maladie;

(1) Annan, *The american Journ. of med. sciences*, août 1836.
(2) Dieffenbach, *Berlin medizinische Zeitung*, 1836, n° 31.
(3) *Lancet*, 20 mai 1837, p. 303.
(4) Hamilton, *Practical observations*, p. 28, 29.

2° Ils déterminent de l'irritation dans le vagin et ils augmentent l'écoulement vaginal;

3° A moins d'être parfaitement placés, ils exercent sur les organes pelviens une compression nuisible ;

4° S'ils ne sont pas très-souvent retirés et nettoyés, ils s'encroûtent de matières calcaires ; ils deviennent une cause d'irritation ;

5° Ils condamnent pour la vie la malade aux soins des médecins;

6° Enfin, de temps en temps, on rencontre des cas où, par suite de la déchirure du périnée, les pessaires sont entièrement inapplicables.

En l'un de ces derniers cas, l'auteur tenta un nouveau mode de traitement, il y a une vingtaine d'années. Il essaya de déterminer une inflammation de la surface interne du vagin, dans le but de déterminer des adhérences. Pour cela, il introduisit d'abord un emplâtre irritant, puis une autre fois un petit sac rempli de poudre d'alun. Une inflammation se produisit, en effet, mais il n'y eut pas pour cela adhérence. Ces tentatives ayant échoué, l'auteur fut amené, en face d'un très-mauvais cas, à conseiller une opération chirurgicale : la suture des parois vaginales. L'opération fut faite très-habilement par Liston, mais échoua; et les douleurs de la malade furent telles, que l'auteur se promit bien de ne plus jamais tenter semblable opération. Hamilton revint alors aux pessaires, mais après un accident très-grave qu'il eut l'occasion de voir, il les abandonna de nouveau et pour jamais. Depuis lors, il s'est contenté d'un bandage en T, avec un coussin placé à l'orifice du vagin, et ce moyen lui a parfaitement réussi, quel que soit le degré du prolapsus. Dans les cas plus graves, la bande est en toile fine, recouverte d'une mince peau de chamois. Dans les cas plus sérieux, il fait usage d'un ressort d'acier très-souple, comme celui des bandages ordinaires. Le coussin est bourré de crin de cheval et doit être de 6 pouces de long, sur 3 de large. L'épaisseur varie suivant les cas : plus les parties sont déplacées, plus le coussin doit être volumineux. Il faut porter cet appareil tant que la malade est hors du lit et tant qu'il existe un symptôme de la maladie. Du reste, il soulage notablement les malades, qu'il met en état de marcher, point si important pour le soulagement ou la guérison complète de la maladie. »

On peut donc résumer ainsi les objections faites aux pessaires :

1° Ils sont très-déplaisants ;

2° Trop petits, ils tombent et ne servent à rien ;

3° Trop grands, ils irritent le vagin et provoquent de la leucorrhée ;

4° Ils donnent lieu à des inflammations, à des altérations, à des productions fongueuses ;

5° Ils déterminent des écoulements putrides par le vagin;

6° Ils augmentent la dilatation du vagin ;

7° Ils amènent la rétraction du même organe ;

8° Après en avoir fait usage, les malades souffrent de cystite et de constipation ;

9° Le pessaire s'encroûte facilement de matières calcaires, et il faut ensuite le broyer pour le retirer;

10° On a vu des pessaires perforer les parois vaginales et pénétrer dans le rectum.

A la première objection on peut répondre que les femmes n'ont rien à supporter qu'elles n'acceptent dans toutes les manœuvres de l'accouchement.

A la deuxième et à la troisième objection, on peut dire que, s'il y a erreur de dimensions, c'est la faute du médecin, et qu'avec un peu d'attention, on peut y remédier facilement.

Les quatrième, cinquième, huitième, neuvième, dixième objections n'ont de valeur qu'en cas de négligence grossière, et ne peuvent être acceptées comme un argument sérieux contre l'usage du pessaire.

Les sixième et septième objections ne peuvent être vraies toutes les deux à la fois. Sans aucun doute, un pessaire maintiendra dilatée la portion du vagin où il se trouve, mais tout aussi sûrement, l'orifice vaginal ne sera plus sans cesse distendu par le prolapsus utérin : et si, à chaque changement de pessaire on diminue le diamètre du nouveau pessaire, on pourra faire marcher concurremment le rétrécissement du fond du vagin et de l'orifice vaginal, et l'on finira par obtenir une guérison complète. Il ne faut donc pas accepter les yeux fermés toutes les objections faites à l'emploi des pessaires. Il y a positivement un grand nombre de faits parfaitement authentiques qui démontrent que, non-seulement ils ne sont pas nuisibles, mais encore qu'ils sont très-utiles, et qu'ils sont même préférables à toute autre espèce de traitement.

Je pense donc qu'on est en droit de poser les conclusions suivantes :

1° On peut appliquer un pessaire quand il n'y a ni irritation, ni inflammation, ni maladie organique de l'utérus, du vagin ou d'un organe voisin;

2° La dimension, la forme, doivent être adaptées avec soin à la dimension du bassin et aux circonstances particulières du cas actuel ;

3° Une fois le pessaire mis en place, il faut surveiller avec soin la malade; s'il y a lieu, on retire l'instrument pour un moment, quitte à le réintroduire ensuite. Blundell fait observer qu'au moment où l'utérus est replacé, il arrive souvent que la malade est prise de douleur et de fièvre; de sorte qu'au premier abord on peut craindre une inflammation abdominale. Si ces symptômes persistent quelque temps avec intensité, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de retirer le pessaire et de laisser les parties retomber. La saiguée du bras, des sangsues sur l'abdomen, des fomentations émollientes, des cataplasmes, des purgatifs, sont les divers moyens à employer. Si les symptômes sont légers, que le pouls ne s'élève pas au-dessus de 100 ou de 105 pulsations à la minute, je serais d'avis, tout en faisant usage des moyens dont nous venons de parler, de laisser le pessaire en place, d'avoir soin seulement de vider la vessie pour faire de la

place. Du reste, s'il faut retirer le pessaire, ce ne serait que pour un temps; au bout de quelques semaines on y reviendrait, en ne le laissant d'abord que quelques heures de suite en place; peu à peu, on habitue les parties au contact d'un corps étranger, et les parties se replacent normalement (1);

4° Si la malade supporte bien d'emblée le pessaire, il n'en faut pas moins le retirer de temps en temps pour le nettoyer;

5° Autant que possible, à chaque déplacement du pessaire, il faut en introduire un neuf et d'un diamètre plus petit;

4° Le jour qui précède et le jour qui suit l'introduction d'un nouveau pessaire, il faut faire dans le vagin des injections vaginales astringentes ou même avec de l'eau froide.

Mais il y a des cas, ainsi que le fait observer Hamilton, où les pessaires ne peuvent être employés, et il est très-heureux alors que l'on ne soit pas sans autre ressource. On peut essayer la *bombe* du docteur Annan (2), le *support utéro-abdominal* de G. A. Hull (3), la *compresse* de Hamilton, ou l'*appareil compresseur* de P. E. Lionet (4). Chaque mode de traitement peut avoir ses avantages, mais le fond est toujours le même, un support au niveau de l'orifice interne. Avec ces moyens, on empêche le prolapsus utérin, mais la descente de matrice n'en existe pas moins; le soutien posé à cette place ne peut servir à rien pour maintenir l'utérus à la hauteur normale dans le bassin; l'organe n'en reste pas moins sur le plancher du périnée, et par suite même le vagin est maintenu dans un état de dilatation constant. Il me semble donc que le reproche adressé aux pessaires, de maintenir les parties dilatées, peut s'appliquer à cette méthode, seulement la dilatation est entretenue par l'organe déplacé, au lieu de l'être par un instrument. Cependant Annan et Hamilton vantent beaucoup les succès qu'ils ont obtenus.

Goodman (5) a essayé un petit ballon en caoutchouc vulcanisé muni d'un tube et d'un robinet; on l'introduit vide et on le gonfle en place. On fixe le tube sur la cuisse au moyen d'une bande (fig. 177).

[Le pessaire de Goodman, ici décrit, n'est autre que le pessaire à air de Gariel (6). Tout en donnant la préférence aux pessaires en forme de pelote, déjà figurés (p. 536), M. Gariel a imaginé, pour le prolapsus, des pessaires à réservoir d'air offrant toutes les formes anciennes : *Pessaire en gimblette*, *pessaire à cuvette droite ou oblique* (fig. 178 et 179). Ces instru-

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 35.

(2) Annan, *The American Journal of the med. Sciences*, août 1836 (Froriep's *Neue Notizen*, 4 juillet 1837, t. III, p. 96).

(3) G. A. Hull, *On the utero-abdominal supporter*. London, 1838.

(4) Lionet, *De l'origine des hernies et de quelques affections de la matrice*. Paris, 1847.

(5) Goodman, *Lancet*, 28 septembre 1839.

(6) Gariel, *Sur quelques appareils de caoutchouc vulcanisé* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849-1850, t. XV, p. 986); *Des pessaires en général* (*Gaz. des hôpitaux*, 1852, n°s 55, 61, 74).

ments sont préférables aux pessaires rigides en ce sens que leur introduction est plus facile, puisqu'on les introduit vides d'air et qu'ils sont insufflés en place; mais l'ouverture centrale devient inutile, puisque la pos-

Fig. 177. — Pessaire à air de Goodman.

sibilité de retirer le pessaire chaque jour permet aux mucosités utérines et au sang des règles de s'écouler aussi facilement qu'on le désire. Les

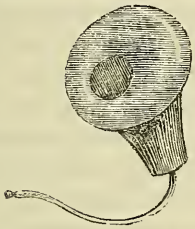


Fig. 178. — Pessaire Gariel à cuvette droite.

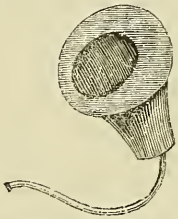


Fig. 179. — Pessaire Gariel à cuvette oblique.

pessaires à pelote ont l'avantage de s'accommoder à tous les déplacements possibles de l'utérus.

Bourjeaud (1) a proposé un pessaire (fig. 180) qui, par sa forme générale, se rattache à la classe des pessaires à tige, qui, par la forme particulière de sa pelote, appartient à celle des pessaires en gimblette, avec

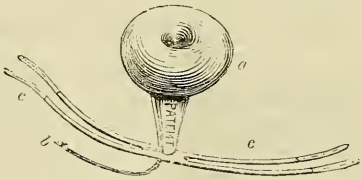


Fig. 180. — Pessaire à air de Bourjeaud (*).

cette différence pourtant, quant à la tige, qu'au lieu d'être pleine elle est creuse, et qu'indépendamment de sa fonction de support, elle sert en même temps de canal pour l'écoulement des liquides utérins, et, quant au

(1) Bourjeaud, *De la compression élastique avec une note relative à un nouveau pessaire.* Paris, 1862.

(*) *a*, pelote en cuvette qui soutient largement le corps de l'utérus, et laisse libre le museau de tanche; le pédicule ou tige conique forme un prolongement de la cuvette; *b*, tube insufflateur; *c*, *c*, lisières élastiques au nombre de quatre, s'attachant à une ceinture.

corps même, qu'au lieu d'être seulement porté sur la tige, il fait corps avec elle et forme un canal continu].

Un procédé plus sûr et plus constant de guérison, c'est l'opération proposée pour la première fois par M. Romain Gérardin (1), et qui ressemble à l'opération adoptée par Hey et par Dupuytren pour la chute de l'anus. Cette opération a été pratiquée avec quelques modifications en Angleterre par Marshall Hall (2), Heming (3), Hayden et Ireland, en 1834 (4), en Allemagne par Dieffenbach (5), Fricke (de Hambourg) (6), Scanzoni (7) et Blasius (8), en France par Velpeau, en 1835 (9), Aug. Bérard (10), Roguetta, (11), Ph. J. Roux (12) et Stoltz, en Italie, par Bellini (13) et d'autres. L'*épisioraphie,* c'est le nom donné à cette opération, consiste à retenir une bande de la membrane muqueuse vaginale et à réunir les deux lèvres de la plaie, de manière à rétrécir le canal. L'opération est facile. La malade étant placée dans la position de la taille, on abaisse l'utérus et on l'attire d'un côté ou de l'autre, suivant le point où l'on se propose d'enlever un lambeau de muqueuse. Dans le cas de Hall, le lambeau fut pris sur la paroi antérieure. Dieffenbach, ainsi que nous l'avons déjà vu, préfère enlever un lambeau de chaque côté. Ireland, qui a pratiqué deux fois cette opération, dont une fois avec succès, enleva, dans le premier cas, une large bandelette sur le côté, et, dans le second, une bandelette sur la partie antérieure et une autre sur la partie postérieure. L'opération peut être commencée, soit du côté du vagin, soit du côté de l'utérus, il faut avoir grand soin de n'intéresser que la membrane muqueuse et éviter surtout la vessie. Le lambeau doit être de forme triangulaire, le sommet tourné vers l'orifice de l'utérus. Trois fils suffisent en général, et il faut les introduire tous avant de commencer la suture. Le premier à serrer est celui qui est le plus près de l'orifice extérieur; à mesure que l'on serre les fils, il faut repousser le col en arrière, de telle sorte que l'organe soit rentré tout entier dans la cavité pelvienne avant que le

(1) Romain Gérardin, *Mémoire présenté à la Société médicale de Metz en* 1823; *à l'Académie de médecine en* 1824 (voy. Baudelocque, *Arch. gén. de méd.*, t. VIII, p. 132).

(2) Marshall Hall, *Gazette médicale de Paris*, 21 janvier 1832, p. 32.

(3) Heming, *London med. Gazette*, vol. IX, p. 269; *Lancet*, 25 mai, 1er juin 1839.

(4) Ireland, *Dublin Journal*, vol. VI, p. 484, janvier 1835.

(5) Dieffenbach, *Berlin med. Zeitung*, 1836, n° 31.

(6) Fricke, *Annalen der chirurg. Abtheil. des allgem. Krankenhauses.* Hambourg, 1833, t. II, p. 142.

(7) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. française. Paris, 1858.

(8) Blasius, *Neues Verfahren bei Gebärmutter Vorfällen* (*Preuss. Vereines Zeit*, 1844, n° 41).

(9) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édition. Paris, 1839, t. IV, p. 364.

(10) Aug. Bérard, *Gazette médicale*, 21 novembre 1835.

(11) Rognetta, *Bulletin de thérap. méd.-chir.*, septembre 1835.

(12) Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale.* Paris, 1854, t. I, p. 450.

(13) Bellini, *Bolletino delle scienze med.*, janvier 1836; *De la colpodesmographie* p. 35.

dernier point de suture soit arrêté. Dans la majorité des cas il n'y a pas d'hémorrhagie : une fois cependant j'en ai vu une qui a failli devenir fatale quelques heures après l'opération. Pour se mettre en garde contre cet accident, il est bon de ne serrer les fils ou de ne réduire le prolapsus que plusieurs heures après les incisions. La malade n'accuse pas de douleur pendant l'excision, excepté au moment où l'on coupe près de l'orifice externe. Plus tard elle se plaint de douleur et de chaleur dans le vagin et d'un peu d'écoulement. La vaginite peut se déclarer et forcer à l'enlèvement des fils ainsi qu'à l'emploi des antiphlogistiques. Dans les cas ordinaires, les fils tombent à des époques qui varient du quinzième au vingtième ou trentième jour. Des injections froides seront faites deux ou trois fois par jour, le régime sera modéré, la malade gardera un repos absolu. Deux ans après l'opération, une malade de Hall, examinée, on constata que l'utérus et la vessie étaient parfaitement remis à leur place.

Dieffenbach cite un grand nombre de femmes qui furent complétement guéries par ce procédé.

A ce sujet, Davis fait observer que cette opération ne peut être applicable aux femmes qui sont encore en âge d'avoir des enfants, vu qu'un rétrécissement semblable du vagin rendrait le travail difficile et même dangereux. Sans doute que l'expérience viendra modifier l'opération dont nous venons de parler (1).

Sur ce même point, Cross fait remarquer que dans un grand nombre de cas ce résultat lui a été favorable, et le plus zélé prôneur de la méthode, le docteur Fricke, rapporte un cas d'épisioraphie chez une femme qui devint plus tard enceinte et qui accoucha avec le forceps sans qu'on fût obligé de faire aucune section (2). Sur quatre opérées, Fricke en a guéri trois (3).

La méthode de Langenbeck paraît être une modification de ce procédé. Il propose de faire précéder l'usage du pessaire par l'opération suivante : après avoir vidé la vessie et le rectum, je commençai par enlever sur la paroi gauche du vagin un lambeau de membrane muqueuse ayant la forme et la dimension d'une moitié d'œuf de poule. La petite extrémité de l'ellipse était placée en arrière, la portion ovale en avant tout près des lèvres, je plaçai alors cinq forts points de suture de chaque côté, les deux points postérieurs furent appliqués les premiers, puis l'utérus réduit à sa position normale, et seulement alors les derniers points de suture furent appliqués. Sans cette précaution il aurait peut-être été impossible de ré-

(1) Davis, *Obst. med.*, vol. I, p. 567.

(2) Ce cas a été publié par le docteur Platt, *Zeitschrift für die gesammte Medizin*, t. II, p. 142; *Gazette médicale de Paris*, 1839.

(3) Fricke, *Transactions of the Provincial med. and chir. Association*, vol. V, p. 92; *Annalen der chirurg. Abtheil. des allgem. Krankenhauses in Hamburg*, 1833; *Gaz. med.*, 1835, p. 249-268.

duire ensuite l'utérus. A la suite de cette opération, la malade eut de la fièvre, quelques douleurs dans le vagin, on appliqua un traitement antiphlogistique, des injections froides répétées toutes les heures, le premier jour, et finalement la malade guérit complétement. Dieffenbach a refait plusieurs fois cette opération et toujours avec succès. Il posait très-peu de points de suture, généralement trois, quelquefois pas un seul. Une fois l'utérus réduit, il arrive souvent que les bords de la plaie viennent se mettre en contact.

Il est un procédé encore plus simple, c'est, une fois l'utérus réduit, de saisir un pli du vagin entre les pinces de Museux, et de le couper. Mais il faut toujours prendre garde de ne pas blesser la vessie ou le rectum. Il ne faut pas entamer cette opération avant de s'être assuré que ni l'utérus, ni ses appendices, ni les organes environnants ne sont malades. Il ne faudrait pas non plus l'entreprendre chez une femme d'un âge avancé.

Dans les cas d'hypertrophie longitudinale, Huguier (1) propose d'enlever le col au premier degré, et, quand on en est au second degré, d'enlever avec le col une partie du corps. Il dit avoir réussi dans treize cas. Dans le premier cas, on peut se servir de l'écraseur ou de la ligature ordinaire, ou du bistouri; dans le deuxième, après avoir adapté le procédé de Marion Sims, on met au contact les bords de la plaie à l'aide d'une suture, et on laisse un cathéter dans le col utérin pour le maintenir perméable. Je dois du reste renvoyer au mémoire de Huguier pour de plus amples renseignements, [[ainsi qu'à l'article qui a été consacré spécialement à l'étude de cet allongement hypertrophique, et où les détails de l'opération ont été exposés]].

On a fait différents essais pour arriver à diminuer le calibre du vagin (2) et faire adhérer les parois opposées. On a généralement échoué à cause du peu de disposition qu'ont les membranes muqueuses à s'unir. En 1833, Laugier a cautérisé une large bande de membrane muqueuse du vagin avec du nitrate acide de mercure. Benj. Philipps (3), avec de l'acide nitrique. Dans deux ou trois cas, j'ai réussi en cautérisant légèrement avec de l'acide nitrique, et en introduisant un sachet de matico qui resta quelque temps en place, la malade gardant la position horizontale. L'acide doit être appliqué très-légèrement de manière à irriter la membrane sans faire plaie. Une application de fer rouge a été aussi proposée et essayée par Laugier (4) : Evary Kennedy (5) a usé de ce procédé avec succès.

(1) Huguier, *Sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1859, t. XXIII, p. 433).

(2) Voyez Pauli, *Henle und Pfeuffer Zeitschr.*, t. III. — *Med. chir. Rev.*, avril 1839, p. 610. — Bellini, *Annali univ. de medicina*, juillet et août 1836.

(3) Philips, *Med. Gaz.*, 18 mai 1839, p. 283 ; *London Med. Gaz.*, t. XXIV, p. 494.

(4) Laugier, *Cautérisation du vagin au fer rouge* (*Encycl. des sciences méd.*, vol. XXXVII, p. 192, septembre 1835).

(5) E. Kennedy, *Lancet*, 1839, t. II, n° 12.

A. Desgranges (de Lyon) a préconisé l'application de dix ou douze serre-fines à la partie supérieure du vagin, elles déterminent de l'inflammation et même une plaie qui, en se guérissant, entraîne le rétrécissement du canal.

[Les instruments que Desgranges emploie pour cela sont des pinces (fig. 181) longues de 70 à 75 millimètres, recourbées sur le plat, à branches croisées et dont l'extrémité est garnie de dents ou de pointes, de véritables serres-fines, et un autre instrument appelé *tenette à gouttière* (fig. 182), pour porter et introduire les pinces. On introduit d'abord dans le va-

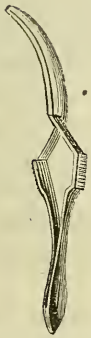


Fig. 181. — Pince vaginale de Desgranges.

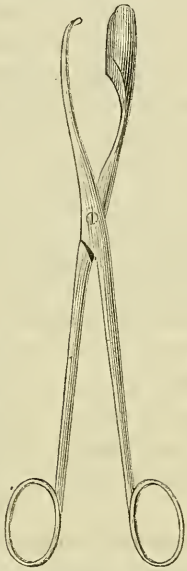


Fig. 182. — Tenette à gouttière de Desgranges pour le pincement du vagin.

Fig. 183. — Tenette à gouttière avec la pince vaginale, prête à être portée dans le vagin.

gin un speculum trivalve, puis on place avec le porte-pince ou tenette composée de deux branches, dont l'une est munie d'un ressort sur lequel vient se fixer l'autre branche et qui sert à maintenir la pince ouverte, ces grandes serre-fines (fig. 183) dans les endroits du vagin où l'on peut les appliquer, de telle sorte qu'il y en ait deux ou trois dans chaque intervalle entre les valves du spéculum. On commence toujours par la paroi postérieure du vagin et toujours par la serre-fine la plus rapprochée de la vulve; sur la paroi antérieure, au contraire, on place d'abord la pince la plus élevée. Ayant éloigné le spéculum, on introduit dans le vagin un *pistil*, muni d'un bouton en forme d'olive, repoussant de bas en haut le fond du vagin et fixé extérieurement au moyen d'un bandage. La malade reste alors tranquille dans une position horizontale, couchée sur le dos. Les petites pinces tombent d'elles-mêmes du cin-

quième au dixième jour, et on les retire au moyen de fils attachés préalablement à leurs extrémités. Lorsque l'on renouvelle l'application de ces pinces, il faut avoir soin de choisir pour cela de nouvelles places, et, si le vagin est devenu trop étroit pour introduire le spéculum, on dirigera les pinces avec un doigt. Il ne sera pas souvent nécessaire de répéter plus de dix fois ce procédé. Le vagin perd petit à petit sa grosseur et son relâchement; plus tard on voit à diverses places ces cicatrices, et enfin il devient si étroit, que l'on peut à peine y introduire un doigt.

Desgranges propose en même temps un autre procédé, une combinaison de la compression mécanique et de la cautérisation. Dans ce but, il emploie des pinces longues de 12 à 13 centimètres, ayant à peu près la forme d'une pince à pansement, et dont les anneaux sont fixés au moyen d'une crémaillère. Le bout que l'on introduit dans le vagin possède sur chaque mors un sillon de 15 millimètres de longueur, 5 de largeur et 3 de profondeur, et les extrémités elles-mêmes se terminent par une dent acérée; dans ce sillon l'on place un caustique composé de chlorure de zinc. Desgranges nomme l'instrument complet une *pince élytrocaustique* (fig. 184). L'opération elle-même a lieu comme il suit : après avoir huilé et introduit aussi haut que possible dans le vagin le doigt indicateur, l'on saisit avec une érigne à coulisse (fig. 185) un repli de la muqueuse près de la portion vaginale, puis l'on introduit près du doigt resté en place la pince décrite plus haut, on saisit le repli dans une étendue aussi grande que possible et on le comprime en serrant les branches de la pince. Desgranges croit que cinq ou six applications de cet instrument suffisent pour produire une cicatrisation ferme et durable.] Ce procédé mérite d'être essayé (1).

E. Geddings (2), Baker Brown (3), Savage (4), ont enlevé un lambeau de membrane muqueuse à chaque angle de la vulve et réuni par des sutures les surfaces avivées. Ils ont réussi, au moins jusqu'ici, mais je craindrais fort que, pendant une période d'activité vitale, l'utérus ne finît par forcer une semblable barrière : c'est ce que j'ai déjà vu survenir une ou deux fois. Après la cessation des règles, quand commence l'atrophie utérine, je ne doute pas que ce procédé ne réussisse.

[E. Q. Legendre (5) a donné des figures à l'appui des descriptions des opérations qui viennent d'être rappelées.]

Le traitement général doit être surveillé. Des toniques peuvent être né-

(1) Desgranges, *Nouveau procédé de cure radicale pour les chutes de l'utérus* (*Revue médico-chirurgicale*, juin 1851); *Mémoire sur le traitement de la chute de l'utérus par une méthode nouvelle* (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*. Paris, 1853, 1re série, t. IV, p. 413; *Gazette médicale*, 1853, nos 5-25).

(2) Geddings, *American Journal of med. sciences*, 1840.

(3) Baker Brown, *British med.*, janvier 1859; *Surgical diseases of women*. London, 1861.

(4) Savage, *The Lancet*, 1858.

(5) Legendre, *De la chute de l'utérus*. Thèse pour l'agrégation. Paris, 1860.

cessaires, des lavements laxatifs pour un temps. La malade doit éviter de marcher, mais au bout de quelques jours elle pourra aller et venir selon son habitude.

Dans quelques cas où la grossesse a coïncidé avec un prolapsus utérin, dans d'autres où le prolapsus est survenu à la fin d'une grossesse on peut obtenir la réduction : mais souvent aussi la réduction est impossible. Quant au traitement du prolapsus survenu pendant le travail de l'accouchement, il faut peu à peu dilater l'orifice utérin de manière à activer la délivrance : si la chose était nécessaire, il faudrait même faire une ou deux incisions sur le col utérin ; mais il faut pour cela, ou que l'utérus tende à descendre à chaque contraction, ou que l'orifice utérin soit très-bien vu près des parties externes. Mais si le prolapsus n'était que peu accusé, il faut abandonner la femme à ses propres ressources. Si

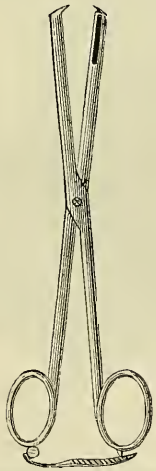


Fig. 184. — Pince élytrocaustique de Desgranges avec dent en saillie, cuvette, et ressort à crémaillère.

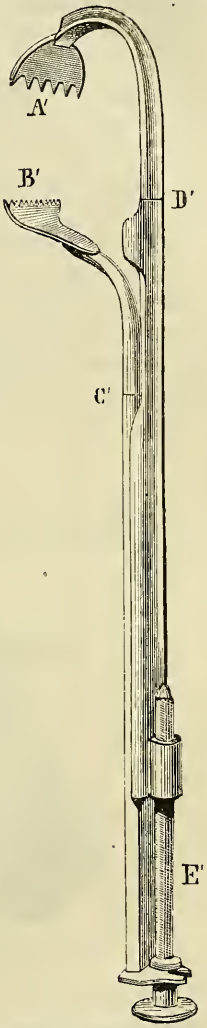


Fig. 185. — Érigne à coulisse de Desgranges (*).

pendant les derniers mois, l'utérus était tout à fait en prolapsus, il faudrait provoquer l'accouchement en ponctionnant les membranes.

(*) Cet instrument est composé de deux érignes larges et plates glissant à coulisse l'une dans l'autre. A' représente la branche postérieure munie de branches profondes; B', branche antérieure munie de dents plus fines et que l'on change à volonté en la démontant à la partie C'; D', point de réunion de la branche postérieure qui se démonte également; E', vis de rappel servant à approcher les érignes selon l'épaisseur des tissus.

Dans un cas de Harvey, on proposa d'extirper l'utérus : je préférais de beaucoup l'avortement à l'ablation de l'utérus (1).

CHAPITRE XIII

INVERSION DE L'UTÉRUS

L'inversion de l'utérus diffère essentiellement du prolapsus, car outre la dépression qu'on observe dans l'un et l'autre cas, dans l'inversion l'utérus est complétement retourné. Le fond de l'utérus traverse l'orifice de l'organe qui forme une cavité tapissée par le péritoine, ouverte du côté de l'abdomen, et contenant les ovaires et les trompes de Fallope. La muqueuse utérine forme alors le tégument extérieur de la tumeur.

§ I. — Variétés.

Le degré d'inversion peut être très-variable, celle-ci peut être partielle ou complète. William Newnham, qui a publié une excellente monogra-

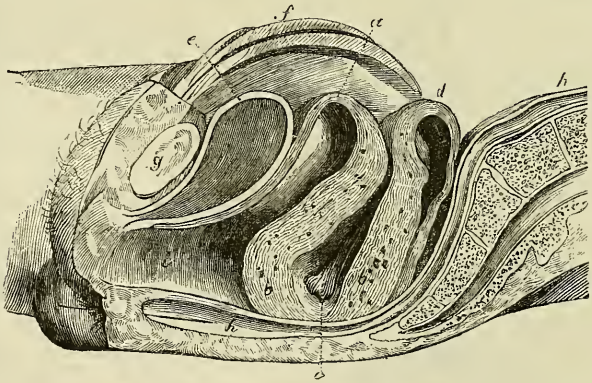


Fig. 186. — Inversion partielle de l'utérus (*).

phie sur ce sujet (2), a décrit trois degrés : 1° la simple dépression; 2° l'inversion partielle; 3° l'inversion complète.

1° Pour le premier degré, la *simple dépression*, l'auteur s'exprime

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 43.

(2) W. Newnham, *An Essay on the symptoms, and treatment of inversio uteri*, etc. London, 1818, p. 2, 3. J'ai grand plaisir à reconnaître ce que je dois à cet excellent traité.

(*) *a*, partie antérieure de l'utérus; *bb*, portion de l'utérus refoulé dans le vagin; *c*, cavité formée par la face externe de la base de l'utérus renversé; *d*, portion postérieure de l'utérus; *e*, vessie; *f*, couche musculaire de la paroi antérieure de l'abdomen; *g*, symphyse du pubis; *h*, intestin rectum. (Vidal (de Cassis), d'après Horteloup.)

ainsi : « Le fond de l'utérus est déprimé dans sa cavité, mais ne forme pas tumeur dans le vagin, l'existence de cette lésion ne peut être constatée que par le toucher en même temps que l'on constate l'état de l'utérus à travers les parois abdominales. En agissant ainsi, on trouvera le fond de l'utérus plus rapproché de l'orifice, et l'on constatera extérieurement une dépression correspondante au lieu de cette rétraction régulière que connaît tout praticien expérimenté. Cet état de choses est généralement accompagné par un sentiment de contraction expulsive qui souvent finit par rendre l'inversion complète. Il va sans dire qu'un changement aussi

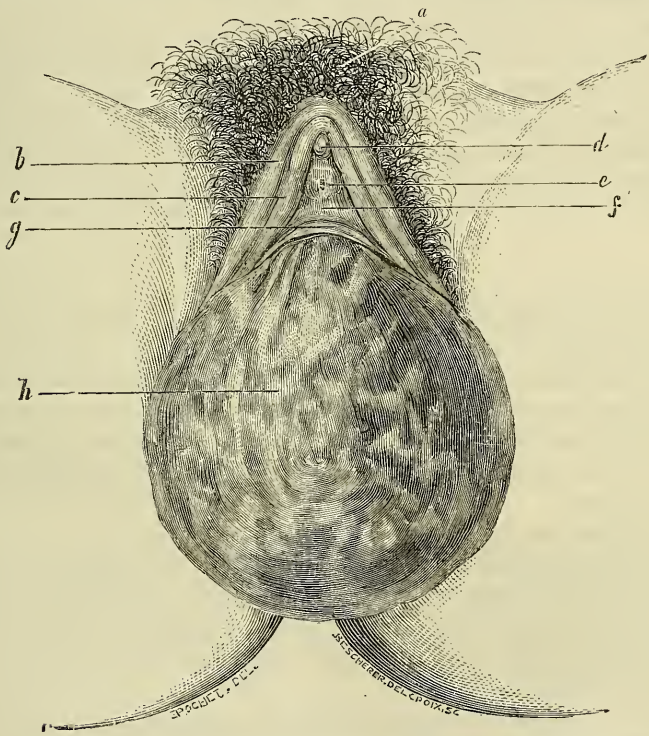


Fig. 187. — Inversion complète de l'utérus, occasionnée par l'extraction précipitée du placenta (*).

léger n'est appréciable à travers les parois abdominales qu'après l'accouchement. Chez une femme non accouchée, ce mode d'exploration ne donnerait que des renseignements négatifs.

« 2° Quand l'*inversion est partielle*, continue Newnham, le fond de l'utérus descend jusque dans le vagin (fig. 186), formant une tumeur volumineuse de forme demi-sphérique, et entourée exactement par les bords

(*) *a*, mont de Vénus ; *b*, les grandes lèvres de la vulve ; *c*, les petites lèvres ou nymphes ; *d*, le clitoris ; *e*, le méat urinaire ; *f*, le bord externe antérieur du vagin ; *g*, le bord antérieur de l'orifice externe de l'utérus ; *h*, la face interne de la matrice devenue externe. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XII, fig. 1).

de l'orifice. Dans ce cas, la dépression du fond observée à travers les parois abdominales sera très-marquée, et l'on ne sentira que les bords de la cavité qui en résulte.

« 3° Dans l'*inversion complète*, non-seulement l'utérus remplira le vagin, mais encore il fera saillie au dehors; ressemblant, pour sa forme, à l'utérus aussitôt après l'accouchement, seulement l'orifice est tourné vers l'abdomen. On peut sentir l'orifice utérin à l'extrémité supérieure de la tumeur formant une sorte d'épaississement circulaire, etc., on ne trouve plus l'utérus dans la région hypogastrique. Cette lésion est généralement accompagnée d'inversion du vagin » (fig. 187).

Presque tous les auteurs ont divisé l'inversion en aiguë et chronique. Ceux-ci n'ont pas rangé parmi les cas chroniques seulement ceux où la lésion s'était produite lentement, mais encore ceux où elle avait existé déjà depuis quelque temps. Cette division me paraît utile et pratique. Cependant elle ne donne pas de renseignements aussi positifs que les termes *réductible* et *irréductible* qu'a proposés Radford (de Manchester) (1).

§ II. — Causes.

I. *Causes occasionnelles.* — L'inversion peut se produire sous l'influence de causes diverses.

1° Aussitôt après l'accouchement (2), elle peut alors être le résultat d'une disposition particulière des fibres utérines ou d'un accouchement trop rapide, etc. Skae (3) a publié l'observation d'un fait survenu à la suite d'un avortement à quatre mois. L'inversion fut réduite douze heures après.

2° Quelques jours après l'accouchement, quoique Newnham pense que, dans ces cas, il existait déjà une dépression dès le premier jour. Cowan (de Melrose) a publié une observation où l'inversion se produisit quatre-vingts jours après l'accouchement; Ané (4) et Baudelocque en ont vu se produire le troisième jour ; Leblanc, chirurgien d'Orléans (5), et Tealier (6), le dixième jour.

3° L'inversion peut se faire graduellement dans l'état de vacuité de l'utérus par suite de l'insertion d'un polype au fond de l'organe (7). Capuron (8) et Newnham mettent ces faits en doute. Cependant on en a cité

(1) Radford, *Dublin Journal*, septembre et novembre 1837, t. XII.
(2) Williams, *Lancet*, juillet 1839.
(3) Skae, *Edinburgh med. Journal*, mai 1849, p. 773.
(4) Ané, *Journal général*, t. II, p. 27.
(5) Leblanc, *in* Sabatier, *Mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin* (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.* Paris, 1757, t. III, p. 379).
(6) Tealier, *Journal universel des sciences médicales*, t. XXXII, p. 220.
(7) Jourdan, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1818, vol. XXIII, p. 289, art. Hystéroptose. — Higgins, *Edinburgh monthly Journal*, juillet 1849.
(8) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 495.

des exemples (1). M'Clintock en a rapporté un, et j'en ai constaté un moi-même sur l'origine duquel on pouvait se tromper. Nous pouvons cependant être induit en erreur, et supposer que l'inversion s'est produite lentement parce qu'elle est restée longtemps méconnue. Levret mentionne un cas survenu après l'accouchement, et qui ne fut reconnu que cinq ans plus tard.

II. *Causes déterminantes.* — Les auteurs énumèrent un grand nombre de causes. Quelques-unes sont réelles, les autres me paraissent toutes de fantaisie. Presque toutes les causes de l'inversion agissent mécaniquement; on a constaté que cette lésion suit presque toujours un accouchement trop rapide, surtout si la femme accouche debout (1), ou si elle a fait de violents efforts. Elle peut survenir spontanément, même lorsque l'accouchement s'est terminé naturellement; dans ces conditions on en a attribué la production à l'atonie de l'utérus ou à des contractions irrégulières de l'organe dont une partie reste inerte. A la fin des observations de Denman, sur l'inversion, Waller (2) ajoute une observation qui lui a été donnée par Williams de Guidford-street, et par laquelle il a été convaincu de la possibilité de l'inversion spontanée.

Observation I. — Williams assistait une dame dans un quatrième accouchement. Le bassin était ample; l'enfant fut rapidement expulsé. Le cordon fut lié, l'enfant séparé. Aussitôt après il y eut une longue contraction expulsive qui, suivant Williams, devait avoir détaché et chassé le placenta. En examinant la patiente, il constata une énorme tumeur faisant saillie hors du vagin, et qui n'était autre chose que l'utérus retourné sur lui-même à l'état d'inversion. L'organe, en même temps que le placenta, fut réduit, et les choses marchèrent favorablement.

Radfort a rapporté une observation d'inversion utérine spontanée, qui fut accompagnée d'une dépression subite des forces au moment de la réduction. L'auteur ajoute : « Je ferai remarquer d'abord que l'inversion avait été spontanée, car je n'avais même pas encore touché au cordon lorsqu'elle survint. En outre, comme il n'y eut pas d'hémorrhagie et que la rétropulsion du fond de l'utérus fut faite en quelques secondes, il me paraît très-difficile de se rendre compte de cette dépression subite des forces. Il me paraît plus probable que la douleur utérine, la diminution subite du volume, la consistance ferme de l'organe et la rapidité dans l'apparition de l'accident sont bien plutôt expliqués par une excitation et une contractilité exagérées que par un état de relâchement des fibres du corps et du fond de l'utérus. Mais il n'en est pas de même de l'orifice ; au contraire, celui-ci est souple et cède facilement puisqu'il n'a offert aucune résistance à la descente de la tumeur dont l'apparition a été très-rapide. »

(1) Voyez Velpeau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 15 février 1843.
(2) Waller *in* Denman, *Midwifery*, p. 244, note.

De ce que nous venons de dire, nous pouvons conclure qu'un accouchement rapide, qu'il soit naturel ou artificiel, que toutes les conditions qui tendront à produire des contractions irrégulières de l'utérus, sont autant de causes de l'inversion utérine (1). Nauche (2) considère que l'inertie de l'utérus ajoutée à un effort de l'accouchée, ou à des tractions intempestives sur le cordon, sont les causes les plus communes. Capuron (3) énumère parmi les causes prédisposantes « le développement de l'utérus, la dilatation de son orifice, l'atonie ou la flaccidité de ses parois. Les causes occasionnelles peuvent être la pesanteur des parois utérines, surtout lorsque le placenta y est encore attaché; les contractions simultanées du diaphragme et des muscles abdominaux, lorsque la femme se livre à des efforts violents et répétés pour expulser le fœtus ou le délivre, surtout lorsqu'elle se tient debout pour cette opération; les tractions immodérées sur le cordon; le tiraillement exercé par un polype utérin sur le lieu où le polype est fixé. »

Henkel attribue cet accident à la violence des douleurs postpuerpérales. Meissner (4) à une prédisposition individuelle due à la laxité des fibres. Siebold dit que l'atonie de l'utérus jointe à un bassin large, et l'expulsion trop rapide du contenu peut exposer la patiente à l'inversion utérine (5).

Boivin et Dugès (6) énumèrent parmi les principales causes de cet accident la flaccidité et la mollesse des parois utérines; l'inertie de l'utérus, surtout si, en même temps qu'elle existe, on exerce des tractions sur le cordon; l'irrégularité des contractions utérines; la saillie trop prononcée de l'angle sacro-vertébral, enfin la présence de polypes utérins.

Tyler Smith regarde l'inversion utérine comme produite le plus souvent par les contractions actives et irrégulières de l'utérus, celles-ci causent d'abord une dépression du fond de l'organe, et peu à peu elle s'accroît par des contractions annulaires des fibres utérines, et enfin l'utérus est complétement retourné. Il est très-probable que les efforts exagérés faits dans le but de détacher le placenta peuvent être suivis d'inversion de l'utérus ou bien, comme l'observe Denman (7), il y a quelque raison de penser que l'utérus s'est retourné sur lui-même, quand, par suite d'une hémorrhagie ou de toute autre cause urgente, la main a été introduite dans l'utérus inerte, et que le placenta a été attiré au dehors avant

(1) Radford, *Dublin Journal*, septembre et novembre 1837, t. XII.

(2) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 131. — Voyez aussi Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. II, p. 376.

(3) J. Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 494.

(4) Meissner, *Die Dislocationen der Gebärmutter und der Mutterscheide*. Leipzig, 1821.

(5) Siebold, *Handbuch der Frauenzimmerkrankheiten*, vol. III, p. 365.

(6) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies des femmes*. Paris, 1833, t. I, p. 223.

(7) Denman, *Midwifery*, p. 421.

que l'organe ait repris sa contractilité. Des tractions sur le cordon, dans le but d'extraire le placenta, ont quelquefois causé cet accident, mais cette cause est loin d'être commune. La brièveté naturelle du cordon ou l'enroulement autour du cou de l'enfant a été regardé comme pouvant déterminer l'inversion utérine, mais je ne sache pas que ce mécanisme de l'inversion ait été souvent observé. On a vu des accouchements se terminer sans qu'il survînt aucun désordre du côté de l'utérus, alors que le cordon mesurait seulement huit pouces, et il faut avouer que l'on ne trouve pas souvent des cordons aussi courts. La pratique qu'adoptent certains accoucheurs de faire des tractions sur le cordon pour opérer la délivrance aussitôt le fœtus expulsé, et avant que l'utérus ne soit rétracté, est, suivant Radford, une cause fréquente d'inversion. Mais nous savons que cet accident survient alors même qu'on n'a fait aucune traction sur le cordon (1). Dans l'observation qu'il a publiée, la descente de l'organe fut si rapide à travers l'orifice externe que celui-ci ne put résister à la contraction énergique qui chassait l'organe. On a vu cet accident se produire alors même que, la femme accouchant d'un enfant mort, le cordon était dans un tel état de putréfaction qu'il se brisait sous le moindre effort. On a trouvé quelquefois l'utérus rétourné sur lui-même avant que le cordon n'eût été coupé. Ruysch (2) rapporte une observation d'inversion utérine, dans un cas où il venait d'extraire un enfant mort, etc. Quelques auteurs ont pensé qu'un cordon trop court était une cause d'inversion utérine ; d'autres, pensent que pour agir dans ce sens, l'insertion du cordon doit correspondre au centre du placenta et que celui-ci doit être fixé au fond de l'utérus. Il est évident que, si la brièveté du cordon peut produire un accident aussi sérieux, cette particularité ne fera qu'ajouter à cette prédisposition fâcheuse. Mais parmi les observations d'inversion utérine publiées, il n'en est qu'une où la brièveté du cordon soit signalée (3). L'inversion est fréquemment survenue alors que le cordon avait sa longueur normale. Souvent, au contraire, rien de pareil ne s'est produit, le cordon étant exceptionnellement court (4). Le cordon a été quelquefois rompu sans que l'inversion s'en soit suivie (5). Quant à la brièveté du cordon due à l'enroulement autour du cou du fœtus, je ne crois pas qu'elle puisse causer l'inversion, d'autant plus que ce phénomène n'a lieu que lorsque

(1) Radford, *Dublin Journal*, sept. et nov. 1837. — Albers, *Duncan's Annals of med.*, vol. V, p. 390. — Windsor, *Some observations on inversion of the uterus* (*Med. chir. Trans.* London, 1819, vol. X, p. 395). — Dickinson, *Med. Gaz.*, n° 372. — Dewees, *Cases.* — Smith, *Med. and phys. Journal*, vol. VI, p. 503. — Brown, *Mem. of London med. Soc.*, vol. V, p. 202. — Welsh, *Med. and phys. Journ.*, vol. V, p. 451.

(2) Ruysch, *Observ. anatomico-chirurgicarum cent.*, obs. 10. Amstelodami, 1691, p. 16.

(3) King, *Glasgow Journal*, vol. I, p. 17.

(4) *Med. and phys. Journal*, vol. LV, p. 205.

(5) Gifford, *Cases*, n°s 92, 127, 175, 194, 199. — Perfect, *Cases* n°s 109, 132. — Ramsbotham, *Cases*, n°s 28, 31, 33, 34, *in* Radford's *Essay*.

le cordon est plus long que de coutume, et il est rare que cet enroulement réduise la longueur du cordon au-dessous de 12 pouces.

L'inversion utérine peut se montrer en dehors de la parturition, contrairement à l'assertion d'Astruc et de quelques auteurs anciens. S'il survient une tumeur à la partie supérieure du fond de l'utérus, elle distendra d'abord la cavité utérine mécaniquement, et, par son poids, elle descendra vers l'orifice utérin, entraînant avec elle le fond de l'organe, et amènera ainsi une inversion complète.

J'ai observé un fait de cette nature à l'hôpital de Jervis-street, grâce à l'obligeance de Montgommery, aux soins duquel la malade avait été confiée par le chirurgien Lynch.

Un fait curieux de cette nature est publié par Browne (1), un autre a été rapporté par Oldham, un autre par Higgins qui enleva, avec succès,

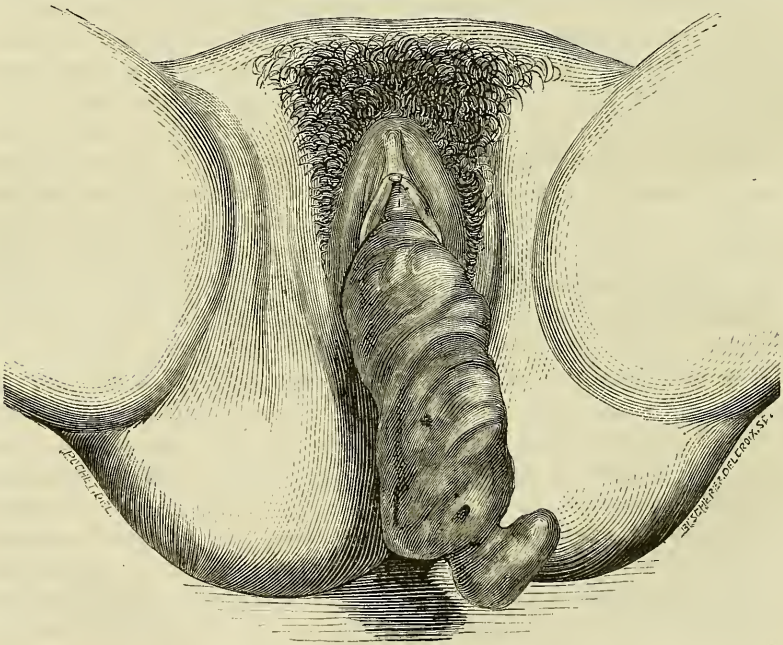


Fig. 188. — Inversion de l'utérus. (M'Clintock.)

au moyen du couteau, et la tumeur et la partie de l'utérus sur laquelle elle était insérée. Ce chirurgien avait eu la précaution d'étreindre avec un ruban la partie qu'il voulait enlever, afin de se prémunir contre une hémorrhagie. La malade supporta l'opération à merveille et se rétablit complétement (2).

(1) Browne, *Dublin med. Journal*, vol. VI, p. 11.
(2) Higgins, *Edinburgh monthly Journal*, juillet 1849, p. 889.

Une opération semblable, suivie du même succès, a été faite par M'Clintock (1), à l'obligeance duquel je dois la figure 188.

§ III. — Symptômes.

I. *Inversion aiguë.* — Les symptômes que l'on observe dans l'inversion aiguë, c'est-à-dire lorsque celle-ci survient aussitôt après l'accouchement, et quand le déplacement est à peu près ou tout à fait complet, sont toujours sérieux et alarmants. Le symptôme le plus ordinaire est un épuisement brusque, de la prostration, qui survient aussitôt que l'inversion s'est produite. Cette prostration ne tient pas à une hémorrhagie, car elle survient alors même qu'il ne s'écoule que peu ou point de sang, la face devient d'une pâleur mortelle, la voie s'éteint, le pouls est rapide, petit, hésitant, il survient des nausées et des vomissements ; en un mot, la malade est menacée d'une mort rapide. Quelques auteurs signalent des symptômes nerveux et même des convulsions, mais je crois que certains au moins ont confondu l'agitation et l'anxiété des malades menacées de mort avec de véritables convulsions. Si l'inversion n'est pas complète, ces symptômes seront moins marqués. Il n'est pas rare d'observer en même temps une hémorrhagie quelquefois très-abondante, et qui vient nécessairement ajouter au péril d'une pareille situation. Newnham dit : « Lorsque l'utérus se retourne sur lui-même, il survient aussitôt une hémorrhagie rapidement suivie de lipothymies et d'une sensation de plénitude du vagin, et dans le plus grand nombre de cas par une mort instantanée (2). On soupçonnera qu'il existe une inversion quand ces symptômes auront une durée plus longue que de coutume, et l'on s'assurera immédiatement de l'état des organes par un examen direct. En parlant de la nécessité qu'il y a d'examiner attentivement une malade chez laquelle on soupçonne une inversion, Denman s'exprime ainsi : « Les raisons qui nécessitent un examen dans ce cas, sont : 1° que la malade peut être aussitôt tirée d'un péril imminent; 2° qu'un organe aussi important ne peut rester dans cet état alors même qu'il n'y a pas d'hémorrhagie ni de danger immédiat; 3° que si la rétropulsion n'est pas faite aussitôt, très-peu de temps après l'organe ne pourrait être replacé dans sa situation normale (3). »

Dans beaucoup de cas il n'y a pas d'hémorrhagie du tout, suivant Brown (4), White (5), Albers (6), E. Chapman (7), Hamilton (8), Radford;

(1) M'Clintock, *Clinical memoirs on diseases of women.* Dublin, 1863, p. 97.
(2) Newnham, *Essay on inversion.* London, 1818, p. 86.
(3) Denman, *Midwifery*, p. 420.
(4) Brown, *Annals of medicine*, 1691, vol. II, p. 278.
(5) White, *Med. Commentaries*, vol. II, p. 268.
(6) Albers, Duncan's *Annals of Med.*, vol. V, p. 392.
(7) Chapman, *Essay on the improvement of midwifery*, 3e édition. London, 1759, p. 123.
(8) Hamilton, *Med. Commentaries*, vol. XVI, p. 316. — *Outlines of midwifery.* Edinburgh, 1826, p. 420.

ou bien l'hémorrhagie n'est pas en rapport avec l'inversion, suivant Newnzham, Dailliex (1), Burns (2), mais il survient un collapsus complet et des symptômes nerveux. Ces auteurs affirment que dans ces cas on n'a pas moins de peine à ranimer les malades que dans ceux où il existe une hémorrhagie. Il y a généralement une violente contraction utérine immédiatement avant l'inversion ou pendant qu'elle se produit; généralement alors la patiente se figure qu'elle met au monde un second enfant, et cette opinion est encore confirmée par la pression qu'exerce l'utérus renversé en traversant le pelvis. Souvent même, après un examen, le médecin peut confondre cette tumeur avec le sommet d'un autre fœtus. La malade accuse de violentes douleurs avec une sensation de tiraillements dans les reins, et quelquefois elle se plaint de rétention d'urine. Si l'on applique la main, sur le ventre on ne rencontre pas l'utérus rétracté, et c'est là un des meilleurs signes de cet accident. Quand l'inversion n'est pas complète, on peut quelquefois sentir l'utérus au-dessus des pubis, mais il présente alors à son sommet une dépression très-marquée. Si l'on examine la femme par le toucher vaginal, on trouvera une tumeur située dans la cavité pelvienne, soit dans le vagin ou pendant hors du vagin. Cette tumeur est globuleuse, élastique, douloureuse, elle présente une surface inégale et saignante, elle est plus large à la partie inférieure qu'à la partie supérieure où elle est étranglée par l'orifice utérin; si la tumeur n'est pas réductible, il arrive quelquefois qu'elle s'enflamme, se gangrène, et dans ce cas la mort est la conséquence ordinaire (3). Si le placenta n'a pas été expulsé avant que l'inversion ait eu lieu, on le trouve fixé sur une partie de la tumeur et en augmentant considérablement le volume. On observera une très-grande différence dans les dimensions de la tumeur suivant qu'elle sera complète ou non, suivant qu'elle aura été produite depuis un temps plus ou moins long. « Dans le quatrième degré, *inversion complète*, qui est le plus rare de tous, il est ordinaire, disent Boivin et Dugès (4), que la tumeur formée par l'utérus ait plus de volume que ce viscère n'en doit pas avoir même aussitôt après un accouchement à terme; c'est qu'alors il est effectivement distendu par des portions d'intestins qui se sont logées, avec les trompes et les ovaires, dans la cavité nouvelle que l'accident a produite. On en connaît plusieurs exemples authentiques, dont le plus ancien est de Stalpart Van der Wiel (5). Les intestins furent mis à nu, après la mort de la femme, par l'incision de la tumeur pendante entre les cuisses. Baudelocque a observé quelque chose de sem-

(1) Dailliez, *Précis des leçons de Baudelocque sur le renversement de la matrice*. Paris, 1803 ou 1805.

(2) Burns, *The principles of midwifery*, 10e édition. London, 1843, p. 551.

(3) Astruc, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1778. — Manning, *On diseases of females*, p. 285.

(4) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 222.

(5) Stalpart Van der Wiel, *Observations rares d'anatomie et de médecine*, trad. par Planque. Paris, 1780, t. I, p. 227.

blable. On peut voir dans Ruysch la figure d'une pareille tumeur, dont le volume offre près de 6 pouces de diamètre en tous sens. Une observation détaillée de Levret nous apprend que le sac formé ainsi par la matrice et le vagin retournés était rempli par une portion du rectum, de la vessie et des intestins grêles, les trompes, les ovaires, chez une femme de soixante-dix-ans (1). »

Si l'inversion est complète, l'examen direct par la vue nous donnera de plus amples renseignements. La tumeur offre une coloration rouge, si la production en est récente ; mais bientôt elle prend une teinte brun foncé. Elle est ordinairement volumineuse, molle, en partie réductible, d'une couleur rouge-brun, humide, au moins dans la première période, plus pâle quelquefois. Elle se dessèche après un certain temps; elle augmente ou diminue par intervalles, surtout quand elle renferme des portions d'intestin. Le doigt, porté entre les parois vaginales et la surface externe de la tumeur, rencontre, à une hauteur variable, un cul-de-sac et une bande circulaire faisant saillie autour de la partie supérieure de la tumeur. Lorsque l'inversion existe à un degré moindre, la tumeur moins volumineuse, cachée dans le vagin, peut être vue avec le spéculum. La surface en est lisse, humide, d'une couleur rouge foncé et souvent couverte d'ecchymoses. Si l'inversion est récente, on peut voir du sang exhalé par l'ouverture béante des sinus utérins, mais on ne trouvera pas l'orifice utérin, et ce signe suffira pour distinguer l'inversion utérine du prolapsus. Si la lésion est incomplète, on pourra la constater dans le vagin, et cependant, s'il n'y a qu'une simple dépression, il pourra se faire qu'on ne l'atteigne pas par cette voie.

Les symptômes que je viens d'énumérer sont les principaux qu'on observe dans l'inversion utérine aiguë.

II. *Inversion chronique.* — Les symptômes qui caractérisent la forme chronique, qu'elle soit la conséquence de la forme aiguë ou qu'elle se soit produite graduellement, sont bien moins formidables. La malade est sujette à des hémorrhagies irrégulières et, dans l'intervalle de ces hémorrhagies, à un écoulement muqueux très-abondant. Chaque mois, la surface est couverte de gouttelettes rouges, qui ne sont autre chose que les règles. La malade se plaint de douleur, d'une sensation de pesanteur dans le bassin et de tiraillements dans les reins. Si l'utérus fait saillie hors des organes génitaux externes, la sensibilité de cet organe diminue notablement, à cause de la formation d'une sorte d'épiderme à la surface de la muqueuse. Si l'utérus est exposé à quelque choc, ou qu'il s'accumule à sa surface des sécrétions âcres, il peut survenir une inflammation circonscrite ou des ulcérations, tantôt superficielles, tantôt profondes, qui ne sont pas sans danger pour la malade, si l'on n'y remédie promptement.

(1) Levret, *Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice.* Paris, 1759, p. 140.

L'état général souffre beaucoup de cet état de choses. Quand la malade est sortie de l'état d'épuisement ou de dépression nerveuse qui suit immédiatement l'accident, les hémorrhagies et l'écoulement muqueux qui surviennent ensuite rendent la femme pâle et comme exsangsue, et l'exposent à des accidents consécutifs, tels que la syncope, des suffusions séreuses, la fièvre hectique, etc.

§ IV. — Terminaisons.

La patiente peut mourir d'épuisement ou d'hémorrhagie aussitôt après l'accident, suivant Barbaut (1), Amand (2), Delmas (3), Heister (4), Peu (5), Levret, Gifford, John Windsor (6), Clarke, Denman, Boivin et Dugès. Elle peut succomber aux conséquences plus tardives des hémorrhagies répétées, suivant Mauriceau (7), Haighton (8), Cooper (9), Windsor. Des cas mortels ont été publiés par Peu (10), P. Portal (11), Stalpart Van der Wiel (12), Millot (13), Chapman (14), Saviard (15), Heister (16), Smellie (17), Mauriceau (18). Boivin et Dugès (19) ajoutent que « la mort immédiate ou presque immédiate, c'est-à-dire survenant peu de jours après la production de l'accident, peut dépendre encore des douleurs, des convulsions, des syncopes, causées par la violence même qu'a subie l'utérus, surtout si des mains ignorantes l'ont tiraillé, lacéré, le prenant pour un polype ou pour une môle. » On voit quelquefois survenir la distension et l'inflammation de la vessie, qui ajoutent encore aux dangers de la si-

(1) Barbaut, *Cours d'accouchements*. Paris, 1775, t. I, p. 88.

(2) Amand, *Nouv. observ. sur la pratique*, obs. 52, p. 214 ; *Bibliothèque de Planque*. Paris, 1748, t. I.

(3) Delmas, *in* Ferrand, thèse. Paris, 1828, n° 250.

(4) Heister, *Surgery*, vol. II, p. 559.

(5) Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1694, p. 585-587.

(6) Windsor, *Some observ. on inversion of the uterus* (*Med. chir. Transactions*. London, 1819, t. X, p. 358).

(7) Mauriceau, *Des maladies des femmes grosses et accouchées, avec la méthode de les aider dans leurs accouchements*. Paris, 1694, vol. II.

(8) Haighton, *M. S. Lectures*.

(9) Cooper, *Surgical dictionary*, art. Inversion of the Uterus.

(10) Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1694.

(11) Paul Portal, *La pratique des accouchements soutenue par un grand nombre d'observations*. Paris, 1685, Obs. 76.

(12) Van der Wiel, *Observ. rar. d'anat. et de médecine*. Paris, 1780, cent. 10, obs. 67.

(13) Millot, *Supplément à tous les traités sur les accouchements*. 2e édit. Paris, 1809.

(14) Chapman, *Essay on the improvement of midwifery*, case 29.

(15) Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Paris, 1702, obs. 15 et 36.

(16) Heister, *Medico-chirurg. and anat. cases and Observations*. London, 1755, case 369.

(17) Smellie, *Midwifery*, vol. V, case 3, p. 444. — *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*. Paris, 1771, t. III.

(18) Mauriceau, Obs. 355, 398, 685.

(19) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 233.

tuation (1). L'utérus retourné sur lui-même peut être étranglé et frappé de gangrène, et quoique alors le péril soit des plus grands, on a cependant vu des faits analogues se terminer favorablement (2). Ou bien encore si la malade ne succombe pas au premier choc, et si la tumeur n'est pas frappée de gangrène, celle-ci peut, après un certain temps, diminuer de volume, et la malade souffrira comparativement peu. Denman (3) cite l'exemple d'une femme qui vint le consulter pour une inversion de l'utérus, vingt ans avant sa mort; et Delamotte parle d'une femme chez qui, trente ans avant qu'elle ne vînt le voir, l'inversion était complète. Il est très-rare que la tumeur utérine, saillante entre les grandes lèvres, ait été atteinte de lésion organique, cancer ou ulcération.

§ V. — Diagnostic.

La facilité du diagnostic dépendra beaucoup du degré de l'inversion; lorsqu'elle est incomplète, le diagnostic est très-difficile; souvent même, quand elle est complète, il demandera beaucoup de soins et d'attention; il sera plus facile, si l'examen est fait aussitôt après la production de l'accident.

L'inversion utérine sera distinguée:

I. *Avec le polype de l'utérus* parce que, dans un cas d'inversion complète, l'orifice n'entourera pas le sommet de la tumeur. En outre, il sera impossible, quand l'inversion sera partielle, de passer le doigt autour du col de la tumeur, entre celle-ci et le bord de l'orifice.

La forme de la tumeur est encore un élément utile du diagnostic, le polype est large à sa base; il est inséré par un pédicule étroit, tandis que l'utérus retourné est plus large vers le sommet qu'à la partie inférieure. La tumeur formée par le polype est insensible; il n'en est pas ainsi dans l'autre cas. Dans l'inversion, la tumeur est relativement fixe : elle est mobile, si c'est un polype. La surface utérine, dans l'inversion, est inégale et fongueuse; celle du polype est lisse et comme polie.

Enfin, on interrogera les antécédents de la malade.

Mais il est évident que ces moyens de diagnostic ne sont pas infaillibles, si l'on en juge d'après les opinions contradictoires de divers auteurs; il faut considérer aussi que les premières et les secondes indications sont surtout applicables à des faits très-récents d'inversion ou à ces cas dans lesquels une inversion partielle s'est produite, mais n'a pas entraîné le fond de l'utérus dans une grande étendue à travers l'orifice. Dans les conditions que nous venons de signaler, il est évident que la tumeur est plus étroite à son sommet qu'à sa base, que le doigt pénètre dans l'orifice et

(1) Burns, *The principles of midwifery*, 10e édition. London, 1843, p. 552.
(2) Ryan's *Journal*, 12 mars 1836.
(3) Denman, *Midwifery*, p. 421.

peut en parcourir toute l'étendue en contournant la tumeur. Enfin, il est bien difficile de distinguer la sensibilité obscure de la tumeur de celle des organes voisins. Le degré de fixité de la tumeur, dans l'une ou l'autre maladie, dépendra complétement du volume de la tumeur, de la dimension de son pédicule, de son point d'insertion. La longueur de temps qui se sera écoulé depuis le moment où l'inversion a eu lieu, et d'autres circonstances pourront faire que tantôt la tumeur sera inégale et fongueuse, ou lisse et polie. En dernier lieu, les mêmes phénomènes peuvent avoir accompagné l'une ou l'autre de ces maladies au début. Ajoutons à cela encore que, très-fréquemment, ces deux affections ont été prises l'une pour l'autre (1). Quoique Newnham (2) ait réussi à indiquer l'infidélité des moyens de diagnostic et nous ait montré toute la réserve qu'il faut apporter dans nos conclusions, il ne nous a pas montré cependant que la réunion, la coïncidence de tous ces signes, ne soit pas concluante, et il ne nous a pas prouvé que nos efforts soient toujours infructueux. Les témoignages suivants seront une preuve que je ne suis pas seul de cet avis.

Baillie (3) dit que, lorsque l'inversion est complète, on peut s'en assurer par l'examen de la tumeur.

Haigton (4) établit surtout son diagnostic sur l'historique de la maladie et sur le degré de sensibilité de la tumeur.

C. M. Clarke (5) s'exprime de la façon suivante : « Après examen, on trouve une tumeur située dans le vagin ou pendant entre les grandes lèvres. Celle-ci peut être prise pour un polype; mais, dans ce dernier cas, l'orifice utérin entoure la tumeur. Dans l'inversion, l'orifice fait partie de la tumeur elle-même; l'utérus retourné est sensible. Les tumeurs polypiformes, au contraire, sont dépourvues de toute sensibilité. » — « Pour distinguer l'inversion utérine d'un polype, dit Blundell (6), il faut se rappeler que le polype est toujours insensible, et qu'on provoquera toujours une douleur très-vive en serrant un lien autour d'un utérus en état d'inversion, et cette douleur sera surtout très-intense deux ou trois heures après la constriction faite. On observe aussi quelquefois une disposition à vomir. »

Nauche (7) fonde le diagnostic de l'inversion utérine sur les symptômes suivants : absence de l'utérus dans la situation normale, sensibilité de la tumeur, dont le plus grand diamètre est à la partie supérieure, réductibilité de la tumeur.

(1) [Voyez, dans une observation rapportée par M. A. Petit (*Actes de la Société de santé de Lyon*, 1798, t. III, p. 101), un renversement chronique de l'utérus pris pour un polype.]

(2) Newnham, *Essay*. London, 1818, p. 51.

(3) Baillie, *Morbid anatomy*, p. 191.

(4) Haighton, *M. S. Lectures*, 1809, cité par Newnham, p. 76.

(5) Clarke, *Diseases of females*, p. 151.

(6) Blundell, *Diseases of women*, p. 141.

(7) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 131.

Capuron (1), après avoir établi que cette lésion peut être confondue avec le prolapsus utérin ou un polype, ajoute qu'on doit formuler son diagnostic d'après la forme et la sensibilité de la tumeur, d'après la présence du col utérin à la partie supérieure de la tumeur formée par l'utérus retourné. D'après la brièveté du col, qui, dans les cas de polypes, est long et mince, Siebold (2) donne comme d'excellents éléments d'un bon diagnostic le temps depuis lequel la lésion s'est produite, l'absence de l'utérus, qui n'est plus senti à travers les parois abdominales, la forme de la tumeur et de son pédicule, etc. Il recommande toutefois les plus grandes précautions pour ne pas confondre cette tumeur avec un polype.

D'après Boivin et Dugès (3), la tumeur présente « une surface lisse, humide, d'un rouge foncé, et est souvent parsemée d'ecchymoses. Quand l'accident est récent, on peut même y reconnaître les orifices des sinus utérins donnant passage à du sang; mais on n'y rencontre rien qui ressemble au museau de tanche. Le toucher apprend également qu'il n'occupe point le bas de la tumeur, ce qui la distingue bien nettement d'une matrice en prolapsus. Ce qui l'en distingue mieux encore, c'est la hauteur à laquelle le doigt peut remonter entre elle et le vagin; il arrive ainsi, lorsque de l'autre main on déprime l'hypogastre, jusqu'au museau de tanche, représentant un anneau qui couronne le fond du vagin et embrasse, sans lui adhérer, le pédicule de la tumeur; en effet, le doigt peut passer entre l'anneau et le pédicule, mais il est bientôt arrêté par un cul-de-sac circulaire. Cette dernière circonstance peut servir à faire distinguer l'introversion et le polype; car, si celui-ci prend naissance du fond de la matrice, le doigt ou un stylet pourront s'enfoncer profondément et de tous côtés entre lui et le pédicule de la tumeur; s'il naît des parois du col, on se trouvera bien arrêté d'un côté par un cul-de-sac, mais, de l'autre, point d'obstacles. »

Si l'inversion est incomplète, elle peut être confondue avec un polype de l'utérus; mais elle s'en distinguera par une surface saignante et inégale, par sa sensibilité, et aussi par le *cul-de-sac* qu'on trouvera en dedans de l'utérus.

[[M. Guéniot (4) a indiqué alors l'acupuncture comme moyen de diagnostic. La sensibilité est nulle et le degré de consistance considérable dans le cas de polype; tandis que l'inversion se présente avec une mollesse et une sensibilité considérables.]]

II. *Avec le prolapsus de l'utérus*, si l'inversion est complète, on l'en distinguera en se rappelant les circonstances qui ont présidé à sa forma-

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 501.

(2) A. E. von Siebold, *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1826, vol. III, p. 361, 362, 363.

(3) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 201.

(4) Guéniot, *Archives de méd.* 1868, t. II, p. 393.

tion, par l'hémorrhagie qui sera survenue à ce moment, par l'absence de la muqueuse vaginale, par l'absence de la vessie à la partie antérieure et de l'orifice utérin à la partie inférieure.

III. *Avec la cystocèle vaginale*, par sa consistance plus grande, sa surface inégale, villeuse et saignante, et par l'invariabilité de ses dimensions.

Je dois faire observer que la valeur de beaucoup de ces signes distinctifs n'est réelle que pendant un court espace de temps après la production de l'accident, et surtout dans les cas où celui-ci est arrivé peu après un accouchement ; par exemple, l'hémorrhagie, les caractères de la surface utérine, le volume de la tumeur, etc.

§ VI. — Traitement (1).

I. *Inversion à forme aiguë.* — On doit tout d'abord songer à repousser à sa place la tumeur utérine, et si l'on se trouve présent au moment même de l'accident, l'opération n'offre pas de grandes difficultés. Il est de la plus haute importance que la réduction soit tentée à l'instant même. Chaque heure de retard accroît la difficulté, et après quatre ou cinq heures, suivant Denman, la réduction est souvent impossible. Le temps après lequel la tumeur devient irréductible est variable suivant les cas et suivant l'expérience du médecin. Il y a aussi une grande différence selon que l'inversion est complète ou non. On a observé des cas où la réduction avait été spontanée quand il existait une simple dépression (2), et même lorsque l'inversion était complète ; mais de pareils faits ne doivent pas autoriser le médecin à retarder un seul instant les tentatives de réduction. L'utérus doit être saisi à pleine main, et il faut le faire repasser à travers l'orifice vaginal ; la main (bien graissée) suivra, le chirurgien rapprochera les doigts en forme de cône, et il appuiera sur le fond de l'utérus seulement. Newnham ajoute qu'on s'est demandé s'il ne valait pas mieux garnir l'extrémité des doigts avec un linge doux. On a également proposé des moyens mécaniques ; mais il est facile de voir combien de pareils moyens sont incommodes, et il me paraît de toute évidence que le meilleur instrument est la main introduite et dirigée avec prudence après avoir été soigneusement enduite d'un corps gras. [Le professeur Depaul a proposé un instrument de son invention, dans le cas où la main offrirait un volume trop considérable.] Burns (3) conseille de chercher à pénétrer tout de suite à travers l'orifice utérin, en saisissant la tumeur doucement entre les doigts et la repoussant lentement en haut vers cet orifice. Cette manœuvre peut être facilitée en repoussant la partie la plus saillante du

(1) Ch. Weiss, *Des réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance.* Thèse, 1873.

(2) Capuron, *Traité des maladies des femmes.* Paris, 1812, p. 504-509. — Cleghorn, *Medical communications*, t. II, p. 226.

(3) Burns, *The principles of midwifery.* London, 1843, p. 553.

fond de l'utérus dans la direction de l'axe de cet organe de façon à faire une inversion en sens opposé. Radford (1) objecte à ce procédé que le fond de l'utérus est, après l'orifice, la partie la plus irritable de l'organe. Quand la lésion existe depuis peu de temps, la pression sur cette partie est très-douloureuse, amène des contractions et quelquefois une hémorrhagie; mais on peut saisir le corps de l'utérus et le comprimer; si nous pouvions repousser en haut le fond de l'utérus, et pour ainsi dire le replier sur lui-même, nous nous trouverons en face d'une double inflexion, car le corps de l'utérus sera comprimé par le col, et le fond à son tour sera serré par le corps. Il est évident alors que nos efforts doivent porter sur l'angle d'inflexion, c'est-à-dire à ce point où l'utérus est replié sur lui-même. On n'obtiendra aucun résultat tant qu'on n'aura pas dilaté le vagin. Mais alors, après un certatn temps, et si la pression est continuée, l'utérus s'échappera tout à coup à la façon d'une bouteille de caoutchouc qu'on aurait retournée sur elle-même, et l'organe reprendra sa situation normale. La main en cet instant est dans la cavité utérine, il faudra se garder de la retirer aussitôt; on laissera aux contractions utérines le soin de l'expulser. On aura aussi une garantie contre la reproduction de l'accident, on s'assurera également, avant de retirer la main, que la réduction est complète. M. Newnham conseille de chercher à réduire d'abord la portion de l'utérus qui a été expulsée en dernier lieu à travers l'orifice.

Il est bien difficile de s'attacher à ces minuties, car l'espace est bien restreint lorsque la main et l'utérus sont dans la cavité pelvienne, et, tant que la tumeur est à l'extérieur, il est presque impossible d'en faire la réduction. Des observateurs sérieux ont expressément établi que la réduction ne commence que lorsque le vagin est dilaté complétement.

Dans beaucoup de cas, le placenta reste attaché à l'utérus lorsque l'inversion se produit, et à ce propos les auteurs ont beaucoup varié d'opinion quant à l'opportunité qu'il y aurait à l'extraire avant d'opérer la réduction. Baudelocque, Gardien, Capuron, Boivin et Dugès, Radford et d'autres recommandent l'extraction; mais Denman (2), Clarke (3), Burns, Carus, Newnham, Blundell, Gooch, etc., émettent une opinion diamétralement opposée. « Mais, disent Boivin et Dugès (4), on peut objecter à cette pratique : 1° que, si le placenta est adhérent, son décollement sera bien plus difficile après la réduction ; 2° que cette réduction est par elle-même assez difficultueuse pour qu'on n'y apporte pas de nouveaux obstacles en ajoutant à la masse de l'utérus celle du placenta; 3° que, en

(1) Radford, *Dublin Journal*, novembre 1837.

(2) Denman, *in* Merriman, *Synopsis in difficult parturition*. 4e édition. London, 1826, p. 158.

(3) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 152.

(4) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 236.

procédant avec promptitude, on n'aura pas lieu de craindre que l'hémorrhagie puisse devenir mortelle. » Radford (1) dit : « La crainte de l'hémorrhagie est la raison donnée pour l'extraction du placenta après la réduction, mais d'après les observations que j'ai relevées, et d'après ma propre expérience, cette crainte est dénuée de fondement. » Dans aucun cas, la séparation complète du placenta n'a amené ce redoutable effet. Les vaisseaux de l'utérus, dans l'inversion, sont aussi bien oblitérés dans ces conditions que si l'utérus était dans sa situation normale alors que le placenta est tout à fait détaché. L'hémorrhagie se produit alors comme dans les cas ordinaires, sous l'influence d'une rupture ou d'une séparation partielle du placenta. Comme le plus grand dommage peut résulter de l'insuccès des premières tentatives, il est indispensable d'écarter tout obstacle pouvant s'opposer à la rapidité de l'opération. La présence du placenta doit augmenter les difficultés puisqu'il empêchera l'opérateur de saisir convenablement l'utérus et de le comprimer suffisamment. On aura grand avantage à enlever le placenta, car le volume de la partie est diminué d'autant, puis l'opérateur pourra plus facilement le diminuer encore, et enfin, il jugera avec plus de certitude des changements effectués.

D'un autre côté, Denman dit : « Le seul point pratique qui me paraisse devoir soulever un doute dans l'esprit du médecin, c'est l'adhérence du placenta. En pareil cas, je crois que, si le placenta est partiellement détaché, il serait convenable d'en terminer la séparation avant de faire des tentatives de réduction, mais si le placenta était adhérent dans toute son étendue, il vaudrait mieux réduire la tumeur utérine avant de procéder à l'extraction du délivre. La raison de cette manière de voir est que, pendant qu'on cherche à enlever le placenta, l'orifice se contracte avec énergie, et les difficultés de l'opération augmentent considérablement, ce qui, pour la malade, entraînera plus d'inconvénients que la rétention du placenta (2). » Si l'inversion est très-récente, dit Carus, et que le placenta soit adhérent, il vaudra mieux réduire l'utérus avant d'en séparer le placenta; mais s'il est en partie détaché, il sera plus utile de le séparer complétement avant de faire la réduction de l'utérus (3). Siebold (4) conseille de ne pas détacher le placenta, si la réduction est possible sans cela, sinon il faut l'enlever aussitôt. Newnham, à ce sujet, parle en ces termes : « Plusieurs hommes des plus autorisés ont conseillé d'extraire préalablement le placenta afin de diminuer le volume de la partie déplacée et en faciliter la réduction. Mais il est impossible que ce procédé soit avantageux pendant que l'irritation de l'organe tend à exciter

(1) Radford, *Dublin Journal*, novembre 1837.
(2) Denman, *Midwifery*, p. 422.
(3) Carus, *Lehrbuch der Gynæcologie*, vol. II, p. 423.
(4) Siebold, *Handbuch der Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1826, vol. III, p. 375.

de ces efforts d'expulsion qui sont un obstacle réel à la réduction, et à produire une hémorrhagie alors que chaque goutte de sang est d'une importance extrême. » En outre, la réduction en masse et un traitement approprié aux cas de rétention de l'arrière-faix, serviront à provoquer de ces contractions utérines régulières qui sont l'espoir du médecin et le salut de la patiente.

On peut, je crois, mettre en doute que l'extraction du placenta offre aucun danger sérieux, car bien souvent il a été impossible de réduire l'utérus à cause du volume ajouté par la présence du placenta (1). En pareil cas, on ne doit pas hésiter à extraire le délivre, et je ne connais pas de faits où cette pratique ait été désastreuse. D'où je conclus qu'en toute occasion je ferai l'extraction du placenta avant de tenter la réduction du fond de l'utérus. Quand on peut craindre l'étranglement de la tumeur par les fibres circulaires du col, ou bien si cette constriction constitue seulement un obstacle à la réduction, on a conseillé de diviser cet anneau au moyen du bistouri. Il va sans dire qu'on videra préalablement la vessie et le rectum, à moins que l'inversion ne se soit produite sous nos yeux. A ce moment, l'opération demande si peu de temps qu'on peut remettre le cathétérisme, et la constipation pendant vingt-quatre heures sera plutôt un avantage. Si la tumeur utérine et les parties voisines sont gonflées; si la malade a un peu de fièvre, il peut être nécessaire de faire des fomentations locales avant de faire la réduction.

Si la lésion date de plusieurs jours, faudra-t-il renoncer à l'espoir de la guérir? Certes non. Il y a des observations où la réduction est dite avoir été tentée et faite avec succès après des semaines, des mois et même des années, et l'état de la patiente, dans ces conditions, est si misérable qu'on ne doit laisser de côté aucun moyen de la soulager. Dans le cas de Loffler, il s'était écoulé six ou sept heures depuis l'accident; dix-sept, dans celui de White; vingt-quatre, dans celui de Winter; vingt-sept, dans celui de Dickinson; trois jours, dans le cas de Cawley; sept, dans celui de Radford (Obser. VI); huit, dans celui de Ingleby (2), de Chopart et d'Ané (3); dix ou douze, dans celui de Lauverjat (4); treize, dans celui de Hoin (5); seize, dans celui de Meldenhal, douze semaines dans une observation de Belcome (6), et seize mois et demi dans un fait cité, en 1847, par Valentin (de Vitry-le-François) (7). Barrier (8) a réussi

(1) Brown, *Annals of med.*, 1791, vol. II, p. 277.

(2) Ingleby, *Facts and cases*, etc., p. 227.

(3) Ané, *in* Dailliez, p. 86.

(4) Lauverjat, *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*. Paris, 1788.

(5) Hoin, *in* Sabatier, *Mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin* (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*. Paris, 1757, t. III, p. 376).

(6) Voyez aussi une observation dans *American Journal of medical science*, vol. XVI, p. 81.

(7) Valentin, *Réduction d'un renversement complet de la matrice datant de seize mois et demi* (*Revue médico-chirurg.*, novembre 1847, t. II, p. 290).

(8) Barrier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, avril 1852, t. XVII, p. 614.

à réduire une inversion après quinze mois, sous l'influence du chloroforme. G. Canney (1) a eu le même succès après cinq mois. Ayre, avec l'aide du même moyen, a été aussi heureux après treize heures, ce qui me porte à croire à l'efficacité des anesthésiques dans ces conditions. Tyler Smith (2), dans une circonstance où l'inversion était produite depuis onze ans, a réussi au moyen d'une pression modérée et continue à réduire la tumeur utérine. Mû par cette idée, j'introduisis la main droite dans le vagin matin et soir pendant plusieurs jours, et je tâchai, en pressant, en malaxant l'utérus entre mes doigts pendant environ dix minutes chaque fois, de repousser la tumeur en haut.

Tout d'abord je n'obtins aucun résultat, mais après des tentatives réitérées, je sentis l'orifice céder un peu et la tumeur petit à petit put le traverser. Après chaque séance, j'introduisais dans le vagin un volumineux pessaire à air de Gariel, et je le gonflais autant que la malade pouvait le supporter. Par ce moyen, un effort considérable était constamment exercé sur la tumeur. Le pessaire à air était gardé jour et nuit, à peu d'exceptions près; on l'enlevait lorsque la douleur était trop vive ou lorsqu'il fallait vider la vessie ou le rectum. Dès la première introduction du pessaire, l'hémorrhagie cessa complétement, la tumeur parut diminuer et sembla pénétrer plus avant dans l'orifice. Après plus d'une semaine, la malade éprouva de vives douleurs pendant une nuit entière, et le matin, quand je procédai à l'examen, je constatai que l'utérus avait repris sa situation normale. Cette observation est très-encourageante et nous montre ce que peut, en pareil cas, la persévérance. D'après ce que j'ai vu Cependant, dans un des cas de M'Clintock, je n'affirmerai pas que le succès serait la règle dans de pareilles circonstances. Je dois ajouter que Teale a réussi par un procédé analogue dans une inversion utérine datant de deux ans et demi. [M. Rockendahl (3) et M. White (de Buffalo) (4) ont obtenu le même succès l'un dans un cas d'inversion utérine qui remontait à six années, l'autre à quinze ans.]

[[Rockendahl (5), laissant de côté l'intervention manuelle, obtint la réduction par l'emploi seul du pessaire à air. Ce médecin, qui avait été consulté seulement six ans après la production de la maladie, retirait et réintroduisait chaque jour le pessaire. Le sixième jour, la malade éprouvant une certaine douleur, le pessaire fut retiré, et l'inversion avait disparu. L'orifice du col admettait encore trois doigts, mais les

(1) Canney, *Medical Times and Gazette*, 18 septembre 1852, p. 287.

(2) Tyler Smith, *A Case of complete inversion of the uterus of nearly twelve years duration successfully treated* (*Med. chir. Trans.*, T. XLI, p. 183; *Bulletin de thérapeutique*, t. LVI, p. 201).

(3) Rockendahl, *Deutsche Klinik*, 1860, *Bulletin de thérapeutique*, 1860, LIX, p. 238.

(4) White, *Report on inversion of the uterus*, by Dr Quackenbusch (*Trans. of med. of State of New-York*, 1859, p. 170.

lèvres étaient bien circonscrites : des douches furent ensuite administrées qui rendirent à l'organe son volume naturel et firent cesser des hémorrhagies qui avaient lieu auparavant.

Le même moyen a été employé par Fessenmager (1) et Albanese (2) et a été couronné de succès.]]

Si l'on réussit à rétablir l'utérus en sa place, on devra prendre les plus grands soins pour éviter le retour de l'accident ou pour parer à la production d'un prolapsus utérin. La malade restera pendant un long temps dans la position horizontale, la tête basse, le bassin élevé et les genoux fléchis, on donnera avec avantage une petite dose d'opium, et, s'il y a grand épuisement, on en répétera l'administration en même temps qu'on donnera quelques stimulants. On a conseillé l'usage d'un pessaire pour maintenir l'utérus, mais cela sera rarement nécessaire.

Quand l'écoulement lochial aura complétement cessé, on conseillera avec avantage des injections astringentes dans le vagin, une ou deux fois par jour, s'il existe de la leucorrhée. Si l'inversion est irréductible, on verra jusqu'à quel point il sera utile de s'en tenir aux palliatifs, comme par exemple de placer la tumeur dans le vagin afin de la mettre à l'abri des chocs extérieurs, et de la soutenir par des bandages (fig. 189 et 190)

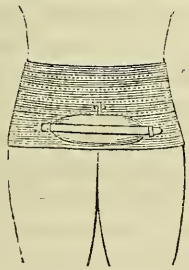


Fig. 189. — Ceinture hypogastrique à pelote d'air.

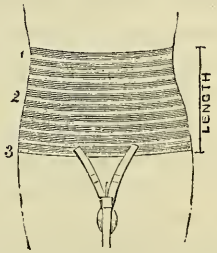


Fig. 190. — Appareil à pelote d'air pour le prolapsus.

comme le recommande Hamilton pour le prolapsus utérin, ou une ceinture hypogastrique (fig. 191), ou encore par un pessaire.

Quel que soit le temps écoulé depuis la production de l'accident, nous croyons qu'on devra, à moins de contre-indication formelle, avoir recours aux inhalations de chloroforme qui faciliteront de toute façon les manœuvres opératoires.

« Quand l'utérus ne peut être remis dans sa position normale, il faut au moins le placer dans le vagin : on doit pallier les symptômes importants, faire quelques lotions astringentes, tenir la malade au repos, veiller à l'état de la vessie, soutenir les forces, calmer l'irritation par des anti-

(1) Fessenmager, *Gaz. méd. de Strasbourg.* 1866.
(2) Albanese, *Gaz. clin. dello spedale civico di Palermo.* 1870.

spasmodiques, et soulager, s'il est nécessaire, la pesanteur quelquefois insupportable qu'éprouve la malade par un pessaire convenable. » « Un bandage à ressort est quelquefois utile. S'il survient de l'inflammation, comme c'est souvent le cas, je conseille quelques émissions sanguines, des laxatifs, etc. Par ce moyen, l'utérus peut revenir à son état normal,

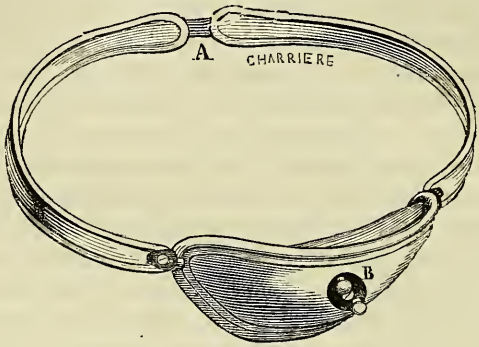


Fig. 191. — Ceinture hypogastrique (*).

et la femme peut voir reparaître ses règles comme d'ordinaire. Quelquefois l'utérus devient squirrheux ou il se développe des ulcérations gangréneuses (1). » Blundell conseille l'usage des lotions et injections astringentes pour arrêter les « *hémorrhagies ménorrhagiques* » ; on commence par une solution légère dont on augmente chaque jour la force jusqu'à ce qu'on arrive à la saturation, et on s'en sert huit ou dix fois par jour. Cette pratique est surtout importante à suivre quand la femme a dépassé quarante-deux ans, car si l'on peut la soutenir pendant deux ou trois ans, jusqu'à ce que la ménopause survienne, les hémorrhagies cesseront très-probablement en même temps, et elle ne sera plus exposée à cette maladie (2).

Si ces moyens n'étaient pas applicables ou manquaient leur but, on pourrait alors songer à l'opportunité de l'extirpation (3). Il y a de nombreux exemples qui prouvent que la vie est compatible avec la perte de l'utérus. François Rousset (4) rapporte une observation dans laquelle l'utérus fut détruit par la gangrène, et la malade se rétablit ; Ruleau (5), Primerose, Radford et Cooke, ont publié des cas dans lesquels il semble que l'utérus se soit gangrené sans compromettre la vie de la femme. Cela étant,

(1) Burns, *The principles of midwifery*. London, 1843, p. 554. — Clarke, *On diseases of females*, vol. I, p. 157.
(2) Blundell, *On diseases of women*, p. 143.
(3) Voyez Max. Langenbeck, *De totius uteri extirpatione*. Gottingæ, 1842.
(4) Rousset, *Cæsarei partus assertio historiologica*. Paris, 1590, p. 354.
(5) Ruleau, *Traité de l'opération césarienne*. Paris, 1704, p. 238.

(*) A, courroie servant à limiter le serrage de la ceinture ; B, la plaque et les deux boutons adhérents qui permettent de faire fonctionner l'appareil.

il y a quelque chance, dans certaines limites pourtant, à enlever l'utérus, et à imiter par l'art les procédés que nous indique la nature. C. Clarke adhère pleinement à cette manière de voir. Il dit à ce sujet : « Dans ces cas d'inversion où la femme a passé l'âge de la menstruation, quand toute son existence est troublée par cette maladie, quand l'abondance de l'écoulement menace sa vie en la débilitant d'une façon continue, on peut conseiller une opération dont on a pu constater des succès, c'est-à-dire l'extirpation de l'utérus retourné. » « L'auteur dit n'avoir aucun moyen de juger jusqu'à quel point il serait sage de recourir à cette opération pendant la période menstruelle de la vie (1). Du reste je dois ajouter que l'opération a également été pratiquée avec succès pendant cette période de la vie de la femme. Nous pouvons donc en conclure que cette opération est justifiable : 1° pourvu que la patiente soit dans un état de santé générale satisfaisante ; 2° pourvu que l'utérus ne soit pas atteint de squirrhe ou de cancer. L'opération a été pratiquée avec succès par Bérenger de Carpi (2), A. Paré (3), Wrisberg (4), Petit (5), Sclevogt, Vater, Laumonier, Bouchet (de Lyon) (6), Boudol (7), Desault, Dumas (de Montpellier) (8), Alex. Hunter (de Dumbarton) (9), Th. Chevalier (10) et Johnson (1822) (11), Hamilton, Clarke (de Dublin), Windsor (1809) (12), Davis, Hull, Blundell (13), Moss (14), Lasserre (15), Williams (16), Newnham (17), Higgins Bower, Gredding (18), Bloxam (19), Deroubaix (20), Harrisson (21), M'Clintock (2 cas) (22). Il a été publié d'autres observa-

(1) Clarke, *Diseases of females*, vol. I, p. 149, 150.

(2) Berengario de Carpi, *Isagogæ in anatomiam*. Bologna, 1514. — Joannes Langius, *Epistolarum medicinalium miscellaneæ*. Bâle, 1554, livre II, ep. 39.

(3) A. Paré. *Œuvres*, édition J. F. Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 745.

(4) H. Wrisberg, *De uteri resectione*. Gottingæ, 1787.

(5) Petit, *Journal général de médecine*, t. V.

(6) Bouchet, in Martin, *Mémoires de médecine et de chirurgie sur plusieurs accidents qui peuvent compliquer la grossesse*. Lyon, 1835.

(7) Boudol, *Journ. gén.*, t. V, p. 153.

(8) Dumas, in Vieussens, *Nouveau traité des liqueurs*. Toulouse, 1715, t. II, p. 379.

(9) Hunter (de Dumbarton), *Duncan's Annals of med.*, 1800, t. IV, p. 866.

(10) Chevalier, in Merriman, *Synopsis of the various Kinds of difficult parturition*. London, 1820, p. 286.

(11) Johnson, *Dublin Hosp. Report*, t. III, p. 479 et 483, et Houston, *Catalogue*, p. 509.

(12) Windsor, *Some observations on inversion of the uterus* (*Medico-chir. Trans.* London, 1819, vol. X, p. 358).

(13) Blundell, *Diseases of women*, p. 144.

(14) Moss, *British and foreign. medical Review*, avril 1837, p. 561.

(15) Lasserre, *Encyclopédie des sciences méd.*, vol. XXXVI, p. 179 ; *Arch. gén. de méd.* 1835, 2e série, t. VIII, p. 395.

(16) Williams, *Lancet*, 27 juillet 1839. — Voyez aussi *Médico-chir. Review*, octobre 1830. — *Siebold's Journal*, t. V, p. 406.

(17) Newnham, *Essay on inversion*. London, 1818.

(18) Gredding, *Gazette des hôpitaux*, 25 septembre 1855.

(19) Bloxam, *Gazette médicale*, 1837, t. V, p. 122.

(20) Deroubaix, *Union médicale*, 27 avril 1852.

(21) Harrisson, *Med. Gazette*, avril 1840.

(22) M'Clintock, *Clinical memoirs on diseases of women*. Dublin, 1863, p. 85, 87.

tions moins heureuses (1). Sur 50 cas relevés par West (de Londres), 2 fois l'opération fut abandonnée, 36 fois elle fut suivie de succès, et 12 fois les malades moururent, c'est-à-dire qu'il y eut une mort sur quatre opérées.

[Dans un petit nombre de cas on a observé la réduction spontanée de la tumeur après un temps très-long, Delabarre (2) et Baudelocque en ont publié chacun une observation. Dailliez (3) explique la possibilité de cette réduction spontanée par la tonicité des trompes et des ligaments larges qui, revenant sur eux-mêmes, réagissent ainsi sur la partie qui les entraîne et la remènent peu à peu à sa position primitive.]

L'opération consiste à mettre un lien de soie, de chanvre, ou une ligature métallique (un fil d'argent), à la partie supérieure de la tumeur, à serrer graduellement ce lien jusqu'à ce que la malade ne puisse plus endurer la douleur, puis à y revenir jusqu'à ce que la tumeur tombe d'elle-même; ou bien on passera une double ligature à travers le centre du col de la tumeur, et chaque moitié sera comprise dans une ligature différente. Les symptômes qui suivent l'application de cette ligature sont ceux que nous devons supposer après l'étranglement d'un organe aussi impor-

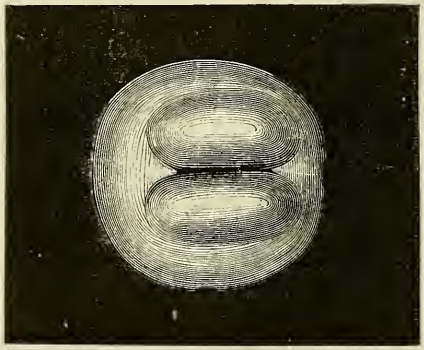


Fig. 192. — État de l'orifice utérin quatre semaines après l'ablation. (M'Clintock.)

tant. La malade éprouve des nausées, des vomissements qui diminuent graduellement dans les cas qui doivent se terminer favorablement. Quand ces symptômes sont violents, il sera nécessaire de desserrer la ligature et d'attendre quelques heures avant de la resserrer ; on donnera en même temps une dose d'opium, et l'on entretiendra la liberté du ventre au moyen de lavements ; on soutiendra les forces de la malade par une alimentation substantielle, mais non excitante.

(1) Voyez Deleurye, in Dailliez, p. 104. — Boyer, t. X, p. 510. — Sabatier, *Médecine opératoire*, t. I, p. 385. — Wolff, *Journal von Grœfe und Walher*, t. VII, p. 482.

(2) *Mémoires de l'Académie de chirurgie.*

(3) Dailliez, *Renversement de la matrice*, thèses de Paris, an XII, n° 382.

Je pense que les observations de M'Clintock justifient pleinement l'usage de l'écraseur linéaire substitué à celui d'une ligature ; la souffrance est moindre, et les dangers consécutifs sont moins graves.

Il va sans dire que le chloroforme sera employé pendant cette opération. Si l'inversion est causée par un polype ou compliquée d'une tumeur de cette nature, il sera nécessaire d'enlever les deux (1), et l'on aura soin d'exciser le polype avant d'appliquer une ligature sur le corps de l'utérus.

[M. Chailly a vu dans un cas l'extirpation de l'utérus renversé suivie de succès (2).

Aran (3) a publié une observation des plus instructives d'extirpation de l'utérus après une inversion irréductible de l'organe. Nous ne saurions mieux faire que de la reproduire avec tous ses détails :

Observation II. — *Renversement de l'utérus datant au plus d'une année. — Tentatives infructueuses de réduction. — Cautérisation de la tumeur sans succès. — Emploi de l'écraseur linéaire. — Mort par hémorrhagie interne et péritonite suraiguë.* — Le 26 août 1859, un médecin étranger m'adressait une jeune femme de vingt-quatre ans, femme de chambre, qu'il croyait être affectée de renversement de l'utérus. Cette jeune femme, d'une assez forte constitution, bien que d'un tempérament lymphatique, habituellement bien portante, bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, ne se présentait pas à moi pour la première fois. J'avais été appelé à constater chez elle une grossesse seize ou dix-huit mois auparavant, dans des conditions assez extraordinaires, c'est-à-dire avec intégrité parfaite de la membrane hymen, et je l'avais perdue de vue depuis cette époque. J'appris alors qu'elle était accouchée le 10 avril de l'année précédente, à l'étranger, d'un enfant vivant et à terme. Malheureusement elle s'était mise entre les mains d'une sage-femme ignorante et inexpérimentée ; à la suite probablement de tractions intempestives exercées sur le cordon, elle avait été prise d'une perte de sang presque foudroyante, qui l'avait laissée sans connaissance et en proie à des convulsions pendant deux jours. Des irrigations froides sur le ventre, des compresses vinaigrées, avaient diminué un peu l'hémorrhagie, qui s'était prolongée ainsi pendant une quinzaine de jours, avec assez d'abondance. Depuis, la malade n'avait cessé de perdre du sang presque journellement, elle en perdait surtout le jour, mais même aussi la nuit, lorsqu'elle s'agitait un peu dans son lit ; et, dès que l'écoulement de sang se suspendait, il était remplacé par des flueurs blanches muqueuses abondantes. Depuis cette époque, elle était en proie à tous les phénomènes de l'anémie : coloration presque cadavéreuse de la face, palpitations, essoufflement au moindre exercice : son extrême faiblesse l'avait obligée à garder le lit pendant quatre mois. Au mois de décembre, elle avait commencé à se lever, souffrant médiocrement, excepté de pesanteur et de tiraillements dans

(1) Jourdan, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1818, vol. XXIII, p. 290, art. Hystéroptose.

(2) Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5e édition. Paris, 1867.

(3) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1860, p. 914.

les reins; de temps en temps, pourtant, elle accusait une douleur vive au-dessus du pli de l'aine du côté droit. Cependant les forces revenaient et les pertes sanguines habituelles étaient moins considérables; mais le retour des règles était marqué par une hémorrhagie qui durait de quinze à dix-huit jours, avec une grande abondance. Malgré son état de faiblesse, la malade avait pu faire un voyage énorme, de Naples à Saint-Pétersbourg, où elle était restée plusieurs mois, et elle était revenue à Paris depuis quelques jours.

La pâleur cadavéreuse de cette jeune femme, son aspect de maigreur et de souffrance, ses yeux éteints et sans expression, sa faiblesse qui ne lui permettait qu'avec la plus grande difficulté de se tenir debout et de monter les escaliers, les palpitations et l'essoufflement qu'elle ressentait, les bruits de souffle et de diable qu'on entendait sur les parties latérales du cou, et surtout l'existence chez elle d'hémorrhagies fréquentes, habituelles, ayant débuté dans l'accouchement, au moment de la délivrance, toutes ces circonstances étaient bien de nature à faire penser à un renversement de l'utérus, et je fus bientôt confirmé dans cette idée par l'examen avec le doigt. Je trouvai embrassée par les lèvres du col, qui était entr'ouvert, une tumeur du volume d'une pomme ordinaire, arrondie, molle dans tous les points et cependant élastique, comme tomenteuse à sa surface, légèrement sensible à la pression. Portant mon doigt entre l'orifice et la tumeur, je pus contourner celle-ci dans toute sa circonférence et reconnaître qu'elle se continuait avec le reste du col par un sillon circulaire que le doigt ne pouvait franchir ou repousser. Le spéculum me montra entre les lèvres du col, qui étaient très-pâles, la tumeur ayant le volume que je viens d'indiquer, arrondie, d'une couleur rose vif, saignant facilement, revêtue pourtant d'un épithélium assez épais. La sonde utérine, glissée entre la tumeur et le pourtour de l'orifice, était arrêtée à 2 ou 3 centimètres par une résistance que l'on retrouvait tout autour de la base de la tumeur engagée dans cet orifice. Par le rectum je sentais la tumeur formée par l'utérus renversé; mais le col était porté tellement haut, que je ne pouvais remonter jusqu'au-dessus du point d'invagination, ni sentir la sonde que j'avais introduite préalablement dans la vessie. En revanche, la palpation abdominale ne percevait pas cette résistance que l'on trouve habituellement chez les femmes derrière le pubis. Bien plus, en combinant le toucher vaginal et la palpation hypogastrique, en maintenant l'utérus immobile pendant que je déprimais les parois abdominales, j'arrivai sur une espèce d'entonnoir formé par l'utérus invaginé et par les annexes entraînées dans la partie invaginée.

C'était pour moi un cas nouveau et embarrassant. En attendant que je pusse prendre une décision relativement à la conduite à tenir définitivement, il y avait avant tout une indication très-importante à remplir, c'était d'arrêter les hémorrhagies et de réparer les forces. Le repos au lit, des irrigations froides pendant plusieurs heures, matin et soir, le badigeonnage de la tumeur vaginale avec la teinture d'iode tous les deux ou trois jours, avaient fait rapidement justice de ces accidents, et il y avait déjà une grande amélioration dans l'état général, lorsque je procédai pour la première fois, le 27 septembre, à une tentative de réduction. La malade ayant été préalablement endormie avec le chloroforme, je portai successivement un doigt, plusieurs, et la main droite tout entière dans le vagin, pendant que, de la main gauche, je soutenais l'u-

térus pour l'empêcher de fuir devant moi. J'essayai d'abord de faire rentrer le fond de l'organe, en le repoussant avec le pouce pendant que je soutenais le reste de la tumeur avec les autres doigts : insuccès complet. J'essayai alors de pétrir la tumeur au pourtour de l'orifice, pour l'engager dans l'intérieur de celui-ci : je ne réussis pas mieux ; toutes ces tentatives semblaient, au contraire, avoir pour résultat de faire serrer la tumeur plus fortement par la cavité du col. M. le docteur Gauchet qui m'assistait, une sage-femme qui était présente, s'épuisèrent comme moi en vains efforts, pour réduire la tumeur, qui diminua beaucoup de volume sous ces pressions réitérées, mais pour acquérir une rigidité comme ligneuse, ainsi que le pourtour de l'orifice, et une immobilité complète dans la cavité du col. Malgré la durée assez longue que nous avions donnée à cette première tentative (une heure et quart), malgré les douleurs très-vives qu'elle avait occasionnées et que les inhalations chloroformiques n'avaient pas entièrement dominées, il ne survint aucun accident, et il en fut de même de deux autres tentatives un peu plus courtes et tout aussi infructueuses, que je fis dans le courant du mois d'octobre.

Les circonstances devenaient trop graves pour assumer sur moi seul la responsabilité d'une intervention chirurgicale ; M. le professeur Nélaton et M. Richet voulurent bien se joindre à moi, le 14 novembre, pour examiner à nouveau la malade, et leur avis unanime fut qu'en présence de la constriction exercée par le col de l'utérus sur la partie de cet organe qui était renversée, il y avait peu à espérer de nouvelles tentatives de réduction, et que l'on devait penser à débarrasser de sa cruelle infirmité la malade que cette infirmité condamnait au repos et à une vie misérable. Quant à l'opération chirurgicale, l'opinion de ces deux savants confrères hésitait entre la ligature ordinaire et l'emploi de l'écraseur linéaire. Avant d'en venir à cette terrible extrémité, qui me paraissait renfermer en elle des chances nombreuses de mort, je proposai à mes deux confrères et je fis agréer par eux l'idée qui s'était présentée à mon esprit, de transformer par des cautérisations successives avec le fer rouge, toute la surface muqueuse fournissant des hémorrhagies, en un tissu de cicatrice qui ne se laisserait plus pénétrer par le sang. En conséquence, les 17, 26 et 29 octobre, les 8 et 24 décembre, je procédai à cette cautérisation avec un de mes internes et amis, M. Tamarelle Mauriac ; chaque fois, deux ou trois cautères coniques ou cylindriques étaient promenés et éteints sur la tumeur préalablement mise à nu à l'aide d'un très-large spéculum quadrivalve.

Les résultats de cette cautérisation furent des plus remarquables, les hémorrhagies paraissaient suspendues, la santé générale et les forces revenaient, la muqueuse utérine semblait prendre un aspect plus lisse et plus épidermique ; mais, dès que je laissais un intervalle d'une quinzaine de jours entre les cautérisations, les hémorrhagies reparaissaient, surtout à l'époque des règles. Au mois de décembre, entre les deux dernières cautérisations, j'avais essayé le procédé de M. Tyler Smith ; malheureusement, le pessaire à air glissait sur la tumeur et ne la comprimait pas directement ; d'un autre côté, la seule présence de ce pessaire dans le vagin développait des douleurs dans le ventre et un état fébrile avec frisson, de sorte qu'après deux tentatives aussi peu fructueuses l'une que l'autre, je dus y renoncer complétement.

Que faire cependant ? La malade, désireuse de guérir pour retourner auprès de son mari, et préférant, disait-elle, la mort à une position aussi misérable,

qui la rendait à charge à tous, me pressait d'en finir ; et cependant je n'osais m'y décider. Je ne voulais rien faire avant d'avoir procédé à une nouvelle tentative de réduction. Le 2 janvier, la malade fut endormie avec le chloroforme, et, procédant comme dans la première tentative, j'introduisis la main tout entière dans le vagin et, par tous les procédés connus, je cherchai à réduire. Ce fut une tentative désespérée de ma part, désespérée aussi de la part de la malade, qui me pressait de continuer, lorsqu'elle sortait du sommeil chloroformique. Jamais je ne pus sentir même l'ombre d'un commencement de réduction ; la tumeur se tassait, revenait lentement sur elle-même et acquérait une densité extrême, mais elle restait enchâssée comme un coin dans l'orifice du col.

Il ne me restait plus qu'une dernière ressource, l'opération, et ce ne fut qu'après avoir pris l'avis de beaucoup de chirurgiens, qui ne pouvaient malheureusement me rien dire expérimentalement, puisqu'ils n'avaient jamais été aux prises avec ces difficultés, que je me décidai pour la ligature avec l'écraseur linéaire, me proposant de ne faire marcher la ligature et l'écrasement qu'avec une grande lenteur, prêt à m'arrêter s'il survenait un accident quelconque, et me croyant, par l'emploi de l'écraseur, à l'abri de l'accident qui m'inquiétait le plus en présence de la section de la tumeur, savoir, l'hémorrhagie. Cette section de la tumeur me paraissait d'ailleurs mettre la malade à l'abri des accidents résultant de l'infection putride. Tout étant combiné et prévu, toutes les précautions prises pour arrêter une hémorrhagie, s'il s'en présentait, je procédai le 18 février à l'opération, en présence et avec l'aide de nombreux confrères français et étrangers, parmi lesquels je citerai M. Debout, et de mon interne M. Siredey : M. Mathieu avait bien voulu se mettre à ma disposition pour le maniement de l'instrument.

Rien ne fut plus facile et plus simple que cette opération dans ses débuts : la tumeur utérine mise à nu avec un spéculum bivalve, je la saisis avec des pinces de Museux, et je l'entraînai lentement et sans aucune difficulté jusqu'à l'orifice vulvaire, que je lui fis franchir. La chaîne de l'écraseur courbe fut glissée jusqu'à la base de la tumeur et serrée légèrement pour empêcher la tumeur de fuir, puis nous laissâmes rentrer doucement tumeur et instrument dans le vagin. La tumeur ainsi prédiculisée mesurait 4 centimètres en tous sens. Les premiers degrés de la constriction furent marqués par des douleurs très-vives dans le bas-ventre et dans les reins. Les douleurs diminuèrent dans les seize derniers millimètres de la circonférence de la chaîne, et devinrent presque nulles vers les six derniers, sauf de temps en temps au niveau du point serré par la chaîne. L'opération avait été conduite avec la plus grande prudence : on avait serré d'un cran toutes les cinq minutes seulement, jusqu'aux seize derniers millimètres, et, à partir de ce moment, d'un cran toutes les quatre minutes. Il ne restait plus à faire franchir que quatre ou cinq crans à la chaîne pour terminer l'opération, lorsque la malade accuse dans le bas-ventre une horrible douleur qui va augmentant de plus en plus à chaque nouvelle constriction. Nous pressons la fin de l'opération et à midi, c'est-à-dire après sept quarts d'heure, l'écraseur tombe en entraînant avec lui une tumeur arrondie, un peu aplatie d'avant en arrière, du volume d'un gros œuf, coupée très-net, quoique les bords présentent de nombreuses mâchures, et une section oblique de dehors en dedans, c'est-à-dire dirigée de la muqueuse, qui est épaissie mais

encore très-tomenteuse, à la cavité interne formée par l'utérus invaginé. Cette cavité est presque virtuelle, car les parois se touchent presque partout, inférieurement surtout; et de l'angle latéral un peu émoussé de cette cavité, on voit s'élever une sorte de mamelon d'où se détachent les annexes coupées au-dessous de l'ovaire et du pavillon, qui sont restés dans la cavité abdominale : péritoine un peu épaissi, opalin, mais un seul filament pseudo-membraneux semblable à un fil et aussi fragile traverse la cavité; pas d'adhérences étendues d'aucune espèce, pas d'organes importants renfermés dans cette cavité. La tumeur mesurait 4 centimètres et demi au moins dans son diamètre vertical, et 4 centimètres dans son diamètre transversal; l'orifice de section mesurait 15 millimètres transversalement, 1 centimètre seulement d'avant en arrière; le poids de la portion retranchée était de 40 grammes.

Ma première idée, en face de ces graves accidents qui étaient venus terrifier toutes les personnes présentes, c'était qu'une hémorrhagie s'était faite à l'intérieur du ventre. La fréquence et la faiblesse extrême du pouls, la pâleur de la peau, l'altération des traits semblaient favorables à cette opinion. D'un autre côté, cependant, il n'y avait pas eu ombre d'hémorrhagie par le vagin, et les phénomènes de péritonite prirent en quelques heures tellement le dessus, que je renonçai à ma première idée, pour croire que nous avions affaire seulement à une péritonite suraiguë. En conséquence le traitement dirigé d'abord vers la perte de sang, emploi du froid sous toutes les formes, fut remplacé par des applications de sangsues sur le ventre et l'opium à haute dose. Nous eûmes, à la suite de ce traitement des plus énergiques, des lueurs d'espoir et de confiance dans le succès; mais les accidents de péritonite reprirent le dessus, de l'agitation et le refroidissement survinrent, le pouls devint misérable, et la malade succombait le 20 février, à onze heures du soir, cinquante-neuf heures après l'opération.

Examen nécroscopique, quarante heures après la mort. — Le cadavre est d'une pâleur remarquable, excepté en arrière, où se voient quelques vergetures violacées livides. Le ventre est fortement météorisé, et, au moment où l'instrument pénètre dans sa cavité, des gaz s'échappent avec bruit. La masse intestinale est distendue. Le grand épiploon la recouvre en avant et descend jusqu'au détroit supérieur du bassin; son bord inférieur et ses parties latérales plongent dans un épanchement de sang noirâtre coagulé. En soulevant la masse intestinale, on reconnaît d'une part que l'épanchement sanguin remonte à gauche à l'extrémité inférieure de la rate, et à droite jusqu'à la face inférieure du foie : d'autre part, que l'excavation pelvienne contient environ un demi-verre d'une sorte de boue sanguinolente d'une coloration rouge jaunâtre. Le péritoine pariétal, qui se trouve en rapport avec les fosses iliaques et avec la région des flancs, a pris une couleur rougeâtre, due au dépôt de petites plaques fibrineuses rougeâtres, mais sans vascularisation. Il n'existe pas, à proprement parler, de fausses membranes dans la cavité abdominale proprement dite; quelques fausses membranes seulement dans le fond du petit bassin, mais très-molles et colorées par du sang.

Au fond de l'excavation pelvienne, on aperçoit une ouverture transversale qui peut avoir 2 centimètres d'un côté à l'autre, et de 2 à 4 millimètres seulement d'avant en arrière; cette ouverture est circonscrite par des bords un peu saillants, et cette partie, qui se dresse ainsi au fond du bassin, mesure

4 centimètres transversalement, sur 13 et 14 millimètres d'avant en arrière. C'est la partie de l'utérus qui a été divisée par l'instrument et qui a remonté dans la cavité abdominale. Cette cavité communique librement par cette ouverture avec le vagin, et le doigt introduit par l'abdomen pénètre aisément après avoir franchi une petite résistance formée par l' orifice du col, jusque dans le vagin, qui renferme un putrilage sanieux, analogue à celui qui se trouve dans le bassin. La surface de la section montre encore les petits orifices vasculaires qui ont fourni l'hémorrhagie; cette surface n'est ni régulière ni égale dans tous les points ; elle est généralement oblique de haut en bas et de dehors en dedans, formée de deux plans convergeant vers l'orifice ; elle mesure sur la ligne médiane, 5 millimètres en avant et 8 millimètres en arrière; ses diamètres sont bien plus étendus que ceux de l'ouverture proprement dite, surtout dans le sens transversal, ce qui tient à la rétraction inégale des tissus; la section du péritoine se prolonge de chaque côté, dans une étendue de 2 centimètres environ, un peu moins du côté droit que du côté gauche. Les annexes se sont encore plus éloignées de la surface de la section, l'extrémité coupée de la trompe droite est à 32 millimètres du bord de la coupe utérine; la trompe gauche est un peu moins éloignée.

Du côté gauche, les annexes sont parfaitement saines. Du côté droit, au contraire, des adhérences nombreuses et filamenteuses, qui ont au moins 3 centimètres de long, soudent ces annexes aux parois du bassin. La trompe droite est hypertrophiée, dilatée, vivement injectée. L'ovaire droit est considérablement augmenté de volume, plus que doublé, vivement injecté, comme boursouflé, et offre à la coupe un tissu charnu d'où l'on peut extraire, par la pression, une matière crétacée, renfermée dans de petites loges. Les ligaments sus-pubiens présentent un épaississement considérable et à peu près semblable des deux côtés.

Vu du côté du vagin, le col paraît formé de deux lèvres circonscrivant une large fente transversale qui décrit une courbe à concavité supérieure ; cette fente mesure un peu plus de 4 centimètres transversalement ; mais son écartement antéro-postérieur est à peine de 2 millimètres. Le col tout entier ne mesure que 5 centimètres transversalement; et l'épaisseur de la lèvre antérieure est moitié moindre que celle de la postérieure (5 millimètres pour la première, 1 centimètre pour la seconde). La cavité du col, largement dilatée, est remarquable par son caractère épithélial et par le développement exagéré des colonnes charnues de l'arbre de vie. La portion restante de l'utérus mesure à l'intérieur, depuis l'orifice jusqu'à la section, 32 millimètres; la section a porté surtout sur la partie antérieure].

SECTION III

MALADIES DES TROMPES DE FALLOPE

Les trompes de Fallope sont sujettes aux mêmes altérations morbides que l'utérus et les ovaires (1). En raison de leur voisinage avec ceux-ci et de la continuité de leur tissu avec celui de l'utérus (fig. 193), elles parti-

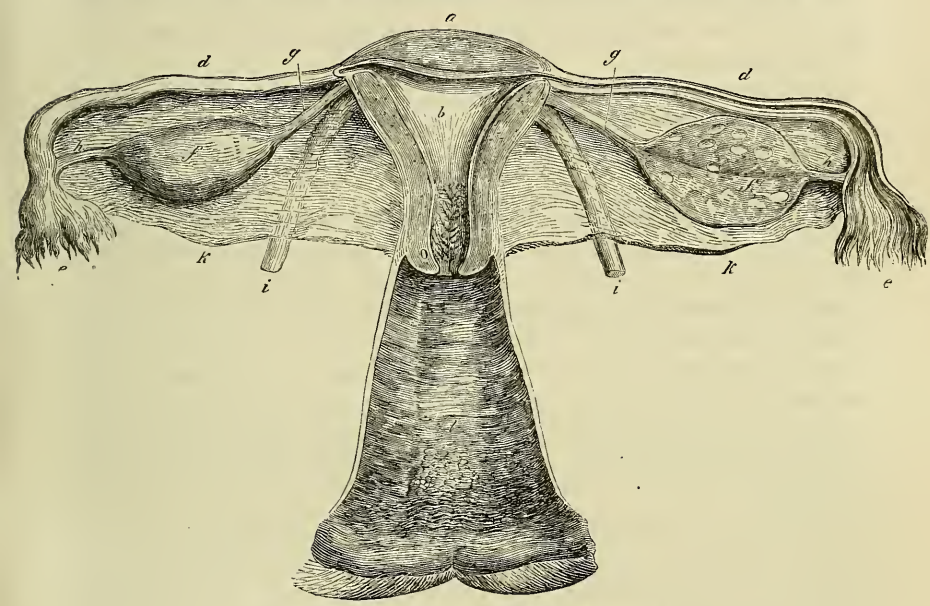


Fig. 193. — Utérus ouvert en avant avec ses annexes (*).

cipent plus ou moins des maladies qui atteignent ces organes, surtout dans les formes aiguës.

(1) Davis, *Obstetric medicine*, vol. II, p. 760. — Dewees, *Diseases of females*, p. 257. — Manning, *On diseases of women*, p. 286.

(*) La trompe gauche est ouverte; l'ovaire du même côté est divisé pour montrer les ovules; le vagin est aussi divisé en avant. — *a*, fond de l'utérus; *b*, cavité du corps de l'utérus; *c*, cavité du col; *o*, col; *l*, vagin. — La matrice est maintenue dans sa position : 1° par les *ligaments larges* (*k,k*), expansions membraneuses résultant de l'adossement de deux feuillets du péritoine, et s'étendant des bords de cet organe aux côtés du petit bassin; dans la division du ligament large, dite *aileron moyen*, se trouvent comprises les trompes (*d,d*), ayant une extrémité libre et frangée qui est le pavillon (*e,e*), et creusée d'un conduit qui arrive à l'angle de la cavité utérine. Un petit filament (*h,h*) s'étend du pavillon à l'extrémité externe de l'ovaire. Celui-ci est embrassé dans le repli du ligament large appelé *aileron postérieur* (*f* le représente avec sa forme, et *f'* le montre fendu pour faire voir les vésicules de de Graaf). De son extrémité interne part le *ligament de l'ovaire* (*g,g*), fibreux et musculaire, qui s'attache à l'angle correspondant de l'utérus, au-dessous et un peu en arrière de la trompe. Dans l'*aileron antérieur* du ligament large se voient les *cordons suspubiens* ou *ligaments ronds* (*i,i*); 2° par les ligaments antérieurs; 3° par les ligaments postérieurs. (Ch. Robin, *Dictionnaire de Médecine*, 12e édition.)

Nous prendrons ici, tel qu'il se trouve dans Astruc (1), le sommaire des conditions morbides auxquelles sont sujettes les trompes de Fallope :

« 1° Elles peuvent s'enflammer, et par conséquent elles peuvent aussi s'abcéder ou se gangrener;

2° « Elles peuvent devenir squirrheuses, ou dans toute leur longueur, ou du moins dans l'un de leurs bouts;

« 3° Elles peuvent se couvrir d'hydatides, tant dans leur face extérieure que dans l'intérieure, et quelques-unes de ces hydatides, en grossissant, peuvent y former une hydropisie hydatique ;

« 4° Elles peuvent encore devenir hydropiques par un amas de sérosités qui remplit leur cavité, et qui la dilate outre mesure, de quoi l'on a plusieurs observations;

« 5° Il peut arriver que l'œuf fécondé s'y arrête et s'y attache, et que le fœtus qui y est contenu y croisse jusqu'à ce qu'il déchire la trompe et fasse mourir sa mère. Ces sortes de grossesses des trompes ne sont pas rares;

« 6° Il peut se former des tumeurs enkystées dans les trompes comme dans les autres parties. Il peut d'ailleurs s'y former des espèces d'abcès qui y ont beaucoup de rapport, quand l'œuf fécondé est retenu dans la trompe, s'y détruit et s'y convertit en bave épaisse, comme il arrive dans les ovaires en pareil cas;

« 7° On a souvent observé que les bords frangés du pavillon de l'une des trompes étaient attachés à l'ovaire, contre lequel, par ce moyen, la trompe se trouvait collée, ce qui la rendait incapable de recevoir les œufs fécondés qui tombaient des ovaires par quelque endroit où elle n'était pas appliquée;

« 8° Enfin, il arrive quelquefois que l'ouverture des trompes dans la matrice se bouche si exactement qu'on ne peut y introduire une soie de cochon, et que souvent il n'en reste aucun vestige. La même chose arrive aussi du côté du pavillon, mais plus rarement. Cet état n'est suivi d'aucun dérangement dans les fonctions lorsqu'il n'arrive qu'à une trompe, mais s'il intéresse les deux trompes, il cause une stérilité incurable. »

Sans aucun doute, les trompes de Fallope peuvent être malades sans que l'utérus et les ovaires le soient, mais il est difficile, le plus souvent, de faire un diagnostic aussi précis pendant la vie, si les trompes sont malades en même temps que l'utérus et les ovaires.

Les symptômes propres à leurs maladies sont tellement confondus avec les autres que c'est le plus souvent après la mort seulement qu'on constate les altérations produites dans leur tissu. Bien rarement on n'observe aucune des lésions dont nous parlerons avant qu'il y ait eu utéro-gestation. En raison de l'obscurité qui règne sur le diagnostic des affections des

(1) Astruc, *Traité des maladies des femmes*, 2e édition. Paris, 1770, t. IV, p. 42.

trompes, il n'est guère possible de donner autre chose que le catalogue des maladies de ces organes, en y joignant quelques observations pratiques. Le traitement approprié à ces affections ne diffère pas sensiblement de celui qui convient dans les maladies de l'utérus ou des ovaires.

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATION AIGUË DES TROMPES

Les trompes peuvent être atteintes d'une inflammation aiguë, généralement par l'extension d'une inflammation utérine ou péritonéale, idiopathique ou puerpérale.

L'observation suivante, empruntée à Boivin et Dugès (1), me paraît très-instructive.

Observation I. — *Altération des trompes ; hydropisie commençante.* — Mademoiselle Caroline B..., âgée de vingt-trois ans, née à Saint-Quentin, était à Paris, depuis deux ans, pour apprendre le commerce de confiseur. Elle fut bien réglée depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à vingt, où elle eut successivement plusieurs inflammations du bas-ventre, qui furent traitées avec succès par l'application de sangsues sur l'abdomen. Cependant la malade avait conservé des douleurs vives et fréquentes de chaque côté des hanches, particulièrement dans la région du sacrum, surtout depuis que la constipation était devenue un état habituel, et que les évacuations alvines ne s'opéraient qu'à l'aide de lavements; ce dernier moyen était rarement employé. Cet état de malaise avait cessé pour faire place à une irritation de la poitrine, accompagnée de chaleur, d'enrouement et de toux fréquente ; les règles étaient devenues moins abondantes et sans époques régulières; la maladie marcha avec une extrême rapidité; six mois après l'invasion des premiers symptômes et quinze jours après son entrée à la maison, la malade y succomba.

Il est à remarquer que cette fille demeurait dans un passage couvert qui est éclairé par le gaz, ainsi que le magasin où elle était occupée. Elle couchait dans une soupente où l'air, dit-elle, ne pénétrait qu'à peine.

Autopsie. — Les poumons présentèrent de nombreuses cavernes remplies de matière purulente; les portions supérieures et inférieures de ces organes étaient farcies de nombreux tubercules durs, d'un très-petit volume, tous les viscères de l'abdomen étaient à l'état normal à part ceux de la génération.

L'utérus, au premier aspect, paraissait être sain, mais renversé en avant, il présentait des adhérences nombreuses avec le rectum. Dans l'épaisseur de ces brides, se trouvait, sur la face postérieure de l'utérus, une tumeur composée

(1) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. II, p. 590.

de plusieurs tubercules solides, du volume de l'extrémité du pouce; une tumeur de même volume et de même nature s'était développée sur la paroi antérieure du rectum. Cet intestin était aussi intimement uni au moyen de tubercules granulés avec le vagin.

La trompe droite, d'un rouge vif, était oblitérée à ses deux extrémités, les franges de son pavillon complétement effacées; elle contenait un liquide épais, roussâtre et puriforme. L'ovaire droit était adhérent à la trompe, au moyen de membranes de nouvelle formation; petit, mou, cet organe, ouvert en différents sens, n'offrait qu'un tissu charnu, d'un rouge vif, uniforme, sans la moindre trace de vésicules. Sur ce même côté se présentaient sous la forme de la corolle d'un liseron, les débris d'un kyste rouge, solide, qui s'était ouvert dans la cavité abdominale, et dont le volume paraît égaler celui d'une noix.

L'ovaire gauche, d'un volume double de l'autre, était recouvert par la trompe droite qui, elle-même, était de la grosseur d'un œuf de poule, d'un rouge foncé. Ces organes adhéraient ensemble au moyen d'un tissu membraneux, serré et très-solide.

La trompe disséquée présentait un kyste sans ouverture et contenait une cuillerée environ de fluide jaune sans odeur moins consistant que celui de la trompe opposée. Les parois du kyste, épaisses, élastiques, d'un tissu rouge et fibreux, présentaient à l'intérieur une membrane celluleuse rougeâtre, qui s'enlevait facilement en raclant la surface.

L'ovaire de ce côté, séparé de la trompe, ne présentait à l'intérieur qu'un tissu muqueux divisé par les cloisons membraneuses très-fines, disposées comme les cellules des gâteaux de miel.

L'orifice du museau de tanche était d'un rouge brun; le col était dur et résistait sous l'instrument tranchant; son tissu était comme cartilagineux, la face interne du corps de l'organe ne présentait rien de particulier.

En général, la totalité de l'appareil génital interne portait tous les caractères d'une inflammation chronique qui n'était peut-être que consécutive aux inflammations du péritoine abdominal et pelvien. L'état de l'orifice externe du vagin, les renseignements que nous avons pris sur la moralité de cette jeune fille, ne nous permettent pas de supposer une autre cause à cette affection des parties génitales internes dont on était loin de soupçonner l'existence.

§ I. — Symptômes.

Les symptômes consistent en des douleurs profondes, lancinantes dans l'hypogastre ou dans la région iliaque, s'irradiant dans les aines et dans les cuisses. Il existe une sensation de chaleur dans ces parties en même temps qu'une vive sensibilité du ventre. La langue est sèche, le pouls fréquent et dur, il y a de la soif; on dit qu'il n'existe pas de gonflement et c'est sur ce fait qu'on fonde le diagnostic de cette affection avec les maladies de l'ovaire.

§ II. — Anatomie pathologique.

L'examen nécroscopique (1) montrera une des trompes ou les deux en même temps, gonflées, rouges et vascularisées, plus ou moins infiltrées de sérosité, de lymphe ou de pus. Le pavillon est surtout le siége de ces altérations, on le trouve ramolli, d'une coloration rouge foncée. La muqueuse qui tapisse les trompes offre les caractères d'une maladie inflammatoire. On trouve en petite quantité, dans la cavité des trompes et même dans les veines de ces organes, une matière purulente, visqueuse, blanchâtre, quelquefois noirâtre et putride (2); on peut rencontrer dans l'épaisseur des parois, des dépôts purulents, surtout dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui est quelquefois infiltré de sérosité comme les franges du pavillon, on a souvent noté des flocons albumineux adhérents à leur surface (3). Après l'accouchement, quand l'inflammation atteint le péritoine, les trompes deviennent le plus souvent rouges, très-vascularisées, ou sont complétement noyées dans la lymphe ou le pus. Très-souvent leurs extrémités ovariennes se ramollissent, se colorent en rouge foncé, et il se forme, dans la cavité, des dépôts purulents, la muqueuse qui les tapisse s'enflamme et la cavité tubaire s'emplit de pus dans toute son étendue (4).

§ III. — Terminaison.

« La maladie peut, dit Nauche (5), occasionner la mort du quatrième au cinquième jour, se terminer par résolution du huitième au onzième, ou par suppuration du douzième au quatorzième. »

§ IV. — Traitement.

Les indications pour le traitement sont les mêmes que dans la métrite. Il faut attaquer la maladie par des émissions de sang locales ou générales. Dans certains cas, des applications de sangsues seront suffisantes.

Ensuite on emploiera les révulsifs en même temps qu'on administrera *largement* le calomel soit seul, soit associé à l'opium.

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, liv. XIII, pl. III. — Dugès, *Journal hebdomadaire de médecine*, 1830, t. VI, p. 146.

(2) Danyau, *Essai sur la métrite gangréneuse*, thèse de doctorat. Paris, 18.9, p. 11.

(3) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 589.

(4) Lee, *Cycl. of pract. med.*, vol. IV, p. 377.

(5) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 371.

CHAPITRE II

INFLAMMATION CHRONIQUE DES TROMPES DE FALLOPE

On ne peut pas mettre en doute l'existence de cette lésion si l'on examine avec soin l'état des trompes chez des sujets âgés; car souvent on rencontre des altérations qui ne peuvent pas reconnaître d'autre cause. De plus, cette maladie, pendant la vie, est plus reconnaissable par les conséquences qu'elle entraîne que par des symptômes bien tranchés, et qui, le plus souvent, ne consistent que dans une douleur sourde dans la région iliaque, avec des périodes de rémission complète.

La membrane muqueuse peut être seule le siége d'une inflammation chronique, et c'est, selon Boivin et Dugès (1), sans doute à un état de cette nature qu'il faut rapporter les altérations *mélaniques* et *tuberculeuses*, ou les dépôts du même genre que nous avons quelquefois observés, soit dans le tissu même de la trompe, soit à la face interne, dans sa cavité naturelle. Sans doute aussi un certain nombre de leucorrhées dépendent d'un catarrhe chronique de ces tubes, mais il pourrait rester, à ce sujet, quelques incertitudes que ne permet point la présence du pus.

§ I. — Terminaison.

L'inflammation, qu'elle soit aiguë ou chronique, peut se terminer par suppuration, et les abcès qui en sont la conséquence peuvent s'ouvrir dans le péritoine ou à l'extérieur. Andral (2) a publié une observation de ce dernier mode de terminaison.

Observation I. — Dushuit (Marie), âgée de trente-sept ans, couturière, mère de trois enfants, dont le dernier a dix-sept ou dix-huit ans, fut reçue à la Charité le 2 septembre 1828, dans le service d'Andral. Cette femme, fraîche et bien nourrie, d'une santé ordinairement assez bonne, bien réglée, excepté depuis cinq ou six mois, ne savait à quoi attribuer la maladie dont elle se ressentait depuis environ trois mois, et pour laquelle elle venait à l'hôpital.

Elle avait éprouvé d'abord une constipation plus ou moins opiniâtre qui, plus tard s'accompagna d'une douleur dans le côté droit du ventre et, par moment, d'élancements le long de la cuisse du même côté. Les lavements

(1) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 588.

(2) Dalmas, *Journal hebdomadaire de médecine*, 1828, t. I, p. 114. — Andral, *Anatomie pathologique*, t. II, p. 700.

n'étaient point gardés, et quand la constipation datait de quelques jours, il survenait des vomissements et des coliques qui ne se terminaient que par des évacuations alvines.

Dans le mois d'août, la douleur changea subitement de côté, se fit sentir dans le flanc gauche, et la malade vit peu à peu se former dans cette région une tumeur qui s'accompagna d'un engourdissement douloureux de la cuisse du même côté. Quand nous vîmes la malade dans les premiers jours de septembre, la tumeur au flanc gauche paraissait profonde, indépendante des téguments et même des parois abdominales, qu'elle soulevait à un pouce environ au-dessus du niveau du reste de l'abdomen dans une étendue égale à celle de la paume de la main; elle était sensible au plus léger contact, ce qui ne permettait guère de l'explorer. La jambe gauche était faible, surtout pendant la progression; mais la sensibilité cutanée était entière. Les vomissements se répétaient à peu près tous les jours à un temps variable après l'ingestion des aliments, et précédés de quelques coliques; ils cessaient, puis se reproduisaient par *crises;* la malade les attribue à la difficulté qu'elle éprouve pour aller à la garde-robe; son ventre est gros et tendu par moments. Andral n'hésita pas à attribuer la tumeur à une dégénération de l'ovaire, et les autres symptômes à l'obstacle opposé par cette tumeur à la libre circulation des matières, ainsi qu'à l'inflammation sympathique du péritoine. Il eut donc recours aux antiphlogistiques, et la malade fut soumise les 3, 4 et 5 septembre, à l'application réitérée d'une vingtaine de sangsues. (*Cataplasmes sur le ventre, orge miellée, deux bouillons pour toute nourriture.*)

Sous l'influence de ce traitement, le pouls conserva son rhythme habituel, et la malade eut ses règles les 6 et 7 septembre. Pendant la durée de cette évacuation, la constipation cessa et les vomissements disparurent, mais pour quelques jours seulement. (*Même traitement, plus une application, sur l'abdomen, d'un emplâtre de thériaque, et bains tièdes de temps à autre.*)

16 septembre.—Point de garde-robe depuis trois jours, vomissements répétés. La tumeur semble s'être un peu affaissée, le pouls est à peine fébrile; la malade, qui se trouve bien des bains, remarque en y allant que sa jambe gauche est plus forte.

Jusqu'au 24 septembre, les vomissements continuent, bien qu'il y ait quelques garde-robes. Le pouls prend insensiblement plus de fréquence; la tumeur est évidemment moins volumineuse, quoique toujours sensible, et l'ancienne douleur de la cuisse droite se reproduit avec violence. (*Application d'un vésicatoire sur la cuisse droite; cataplasmes sur l'abdomen; lavements émollients avec addition de laudanum de Rousseau, potion gommée, diète absolue.*)

Le 29, nouvelle apparition des règles; même état d'ailleurs, si ce n'est que la douleur dans la cuisse droite a diminué. Les selles sont assez fréquentes, sans coliques.

2 octobre. — Diarrhée abondante, coliques très-fortes depuis la nuit; vomissements comme à l'ordinaire; langue humide, à peine rosée. Pouls à 90 environ. Affaissement presque complet de la tumeur. (*Quinze sangsues à l'anus, lavements narcotiques, cataplasmes, eau de gomme, pot. gom.*) — Le lendemain même état, céphalalgie, soif assez vive. (*Nouvelles sangsues.*)

Pendant les jours qui suivent jusqu'au 5 octobre, même état combattu par les émollients et les légers narcotiques. Le 6, la diarrhée est de plus en plus

abondante; la malade s'affaiblit visiblement ; le pouls prend tout à fait le caractère *abdominal*, le ventre augmente de volume. (*Bain tiède.*)

7 octobre. — Pendant la journée d'hier et pendant la nuit, garde-robes sanguinolentes, affaiblissement rapide ; les vomissements deviennent plus rares. A la visite, pouls presque imperceptible, malgré sa fréquence, extrémités froides, voix éteinte, sentiment de suffocation, traits effilés, anxiété profonde, ventre sensible comme les jours précédents. (*Vésicatoires aux jambes, potion gommée avec addition d'éther, fomentation narcotique.*)

Le 8, l'hémorrhagie intestinale paraît avoir cessé, la malade ne rend plus que des matières très-fétides; même état général. (*Sinapismes aux pieds et aux mains.*)

Le 9, mort à trois heures du matin, au milieu de coliques très-vives et sans délire. La malade n'avait pas vomi depuis vingt-quatre heures.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. La tête et la poitrine furent trouvées dans l'état sain.

Abdomen. — Il y avait eu péritonite : on le reconnaissait à un épanchement séro-purulent considérable, mêlé de flocons albumineux. Dans plusieurs points, des fausses membranes récentes réunissaient lâchement diverses anses intestinales, mais dans la fosse iliaque gauche ces adhérences avaient plus de solidité : en les examinant attentivement, on y reconnaissait un commencement d'organisation. Après avoir séparé celles qui n'offraient point de résistance, on en trouva d'autres qui réunissaient intimement l'intestin rectum avec une tumeur placée sur le côté gauche de l'utérus. Nulle part sur les anses d'intestin, pas plus que sur les tumeurs, on n'aperçut de déchirures ni de solution de continuité, mais le rectum, visité par le bord opposé à celui par lequel il adhérait à la tumeur, offrit à sa surface interne une perforation circulaire capable d'admettre tout au plus un tuyau de plume et par lequel il communiquait avec la tumeur ou poche indiquée. On s'en assura mieux encore en comprimant cette dernière; le liquide purulent qu'elle contenait passa sur-le-champ dans la cavité intestinale. C'est à cette communication que correspondaient les adhérences les plus intimes; elle était placée à peu près au niveau du détroit supérieur du petit bassin sur la symphyse sacro-iliaque gauche; et plus tard, quand tout le gros intestin fut détaché, on constata que cette communication était à huit pouces de l'anus, à l'extrémité inférieure du côlon gauche. Quant à la tumeur ainsi ouverte dans l'intestin, elle était alors molle, ridée, sans autre ouverture à sa surface libre; elle se prolongeait dans le petit bassin dont elle comprit le quart postérieur gauche ; elle soulevait et refoulait le rectum en haut et à droite de manière à lui donner la forme d'un arc de cercle dans la concavité duquel elle était logée. Sur son côté supérieur et interne, tout près de la matrice, on distinguait la portion utérine de la trompe ; mais à un pouce en dehors tout paraissait confondu. En examinant la pièce détachée, on reconnut que la tumeur ouverte dans le rectum n'était autre que la trompe considérablement dilatée, enflammée et suppurée. La cavité de la partie, encore reconnaissable à sa forme flexueuse, communiquait évidemment avec celle de la poche, non pas par un petit pertuis, par une fente, mais par un élargissement progressif, quoique rapide ; d'ailleurs la continuité de la membrane noirâtre de la portion non dilatée avec celle qui tapissait la poche était évidente. Enfin derrière ce vaste foyer, nous

retrouvâmes une tumeur moins considérable, du volume d'une noix, à parois manifestement fibreuses, de la couleur et de l'aspect que l'on connaît à l'ovaire; à l'ouverture il s'en écoula un pus de bonne nature, qui n'avait aucune communication avec celui qui restait encore dans la tumeur formée par la trompe. A droite, il existait une disposition en quelque sorte inverse : la trompe était bien comme à gauche, enflammée et suppurée ; comme à gauche elle s'élargissait progressivement de l'utérus vers son pavillon, et là il y avait comme à gauche encore une collection purulente assez considérable ; mais ici c'était l'ovaire qui était le plus profondément affecté ; c'était lui et non pas la trompe qui formait tumeur. Cette tumeur, renfermée tout entière dans le petit bassin, avait le volume d'un gros œuf de poule, elle était pleine d'un pus verdâtre, sans odeur, homogène et un peu épais. Les parois étaient, comme celles de la petite tumeur du côté opposé, blanchâtre et fibro-celluleuses. Tel était l'état du péritoine et de l'appareil sexuel. La matrice et la vessie ne nous offrirent rien de remarquable... La compression existait en plusieurs points de la longueur du rectum : là où il adhérait avec la trompe dilatée, j'ai dit qu'il y avait déplacement, refoulement en haut et à droite. Cet aplatissement devait avoir gêné la circulation des matières fécales ; mais il n'existait pas seul : dans le petit bassin même, entre les deux tumeurs formées par la trompe gauche et par l'ovaire droit, le rectum était manifestement resserré, rétréci et au delà et près de l'anus considérablement dilaté. Ulcérations folliculeuses dans le rectum.

Cette observation dans tous ses détails symptomatiques et la terminaison de la maladie me semblent évidemment se rattacher à un processus inflammatoire aigu.

§ II. — Diagnostic.

Le diagnostic précis est très-difficile, nous devons nous contenter de dire qu'un des organes pelviens est atteint.

§ III. — Traitement.

Il faut diriger le traitement contre les symptômes prédominants. Les moyens antiphlogistiques, le calomel et l'opium seront les principales bases du traitement avant la période de suppuration.

CHAPITRE III

ABCÈS ET GANGRÈNE DES TROMPES DE FALLOPE

Le pus qu'on trouve dans les trompes peut cependant avoir une autre source que ces organes, comme dans l'observation de Laumonier (1), où

(1) Laumonier; *Mém. de la Soc. roy. de médecine*, 1782, p. 299.

l'ovaire était profondément excavé, et concourait, avec la trompe, à la formation d'un énorme abcès; un fait semblable est cité par Boivin et Dugès (1).

CHAPITRE IV

OBLITÉRATION DES TROMPES DE FALLOPE

On a signalé une autre conséquence de l'inflammation aiguë ou chronique des trompes, je veux parler de l'oblitération du conduit tubaire.

[Les trompes peuvent être oblitérées par des productions morbides.]

§ I. — Siége.

L'oblitération peut se produire à l'une à ou l'autre des extrémités des trompes. Quand elle a lieu à l'extrémité ovarienne, on trouve les franges adhérentes à l'ovaire (2). Suivant Andral, l'oblitération peut avoir lieu au milieu du conduit, et même le conduit tout entier peut perdre sa perméabilité. Cette dernière circonstance n'est pourtant pas ordinaire, l'oblitération est presque toujours partielle, et l'on trouve alors une accumulation, dans le reste de la cavité, de matière séro-muqueuse dont la quantité peut varier beaucoup.

Hooper (3) dit : « L'extrémité frangée des trompes est fréquemment, par suite d'inflammation aiguë ou chronique, fermement unie aux ovaires, à la partie postérieure de l'utérus, à l'ouraque et à d'autres parties avoisinantes. La structure des franges est souvent complétement altérée et les trompes se terminent en cul-de-sac. La lumière de ces tubes est souvent oblitérée, et la stérilité en est la conséquence. L'oblitération peut être partielle ou complète ; une des lésions les plus fréquentes que cet auteur ait signalées après la mort chez de jeunes sujets, c'est l'adhérence des trompes aux ovaires par des fausses membranes courtes et solides, ou par des filaments longs, grêles et transparents. » Quand les franges du pavillon sont détruites, l'ouverture de la trompe dans l'abdomen est généralement oblitérée, la trompe est dilatée vers l'autre extrémité, et le canal se termine en cul-de-sac. Les trompes, en pareil cas, sont augmentées de volume, elles ont une direction très-sinueuse, et offrent un aspect piriforme ; leurs pa-

(1) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 593.

(2) Regnerus de Graaf, *Liber de genitalibus mulierum*, cap. I. — Ruyschius, *Adversaria anatomico-medico-chirurgica*. Amstelodami, 1717, decad. II. — Du Vernay, *Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1702, p. 302.

(3) Hooper, *Morbid anatomy of human uterus*, p. 34.

rois sont épaissies, et l'on trouve des traces non douteuses d'une inflammation antérieure. Cette forme de la lésion des trompes est très-fréquente.

L'oblitération de l'une ou des deux extrémités de la trompe peut donner lieu à une accumulation de liquide provenant soit de la cavité utérine, soit des ovaires, soit encore de la muqueuse tubaire elle-même.

[Une tumeur fibreuse siégeant à l'orifice utérin de la trompe peut devenir la cause d'une accumulation, dans le conduit tubaire, d'une quantité de sang qui augmentera à chaque période menstruelle, comme on peut le voir dans l'observation suivante, empruntée à M. Fauvel (1) :

Observation I. — *Bonne santé habituelle. — A vingt-cinq ans, métrorrhagies continuelles augmentant d'intensité à chaque époque menstruelle. — A la suite d'une émotion morale, douleurs vives dans le ventre, lipothymies, météorisme. — Mort au milieu des phénomènes généraux des hémorrhagies, sans aucun écoulement sanguin extérieur. — A l'autopsie, épanchement de sang dans l'abdomen; rupture d'un kyste formé dans la trompe gauche, dont l'orifice utérin est fermé par un corps fibreux.* — Une dame âgée de vingt-huit ans, habitant Constantinople, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin en apparence, avait toujours joui d'une parfaite santé jusqu'aux quelques mois qui précédèrent sa mort. A cette époque, les règles sont plus abondantes, puis prennent l'apparence d'une véritable métrorrhagie, qui, d'une époque à l'autre, présente un intervalle où l'écoulement sanguin cesse ; puis enfin elle ne présente plus d'interruption, pour être plus considérable aux époques menstruelles.

Plusieurs médecins consultés crurent à une fausse couche; un traitement antiphlogistique, le repos absolu, ne firent pas cesser l'hémorrhagie. Pendant un séjour aux bains de mer, la malade recouvre l'apparence d'une bonne santé. Tout à coup, à la suite d'une émotion morale, elle éprouve des douleurs dans le ventre, des défaillances, des lipothymies; la peau est froide, pâle, décolorée, ainsi que la figure; il y a des vomissements sans déjections alvines.

Trois médecins sont appelés successivement : le premier se prononce pour une congestion cérébrale et tente de pratiquer une saignée qui demeure sans résultat ; le deuxième croit à un accès de choléra sporadique; le troisième suppose un empoisonnement. Appelé dans ces circonstances, M. Fauvel examine la malade qui avait conservé toute son intelligence. La voix était si faible qu'on avait peine à percevoir les sons articulés. Les lipothymies duraient depuis douze heures, la peau était froide; le ventre était tendu, météorisé ; point d'oppression ni de matité précordiale : point d'écoulement sanguin par le vagin ni de garde-robes. La maladie se trouvait concentrée dans la cavité abdominale; mais quelle en était la cause? La mort survint cependant, paraissant déterminée par une hémorrhagie. Comme il y avait eu la veille une émotion morale vive, on supposa que peut-être cette émotion avait été précédée d'une chute, d'un coup qui avait déterminé la rupture de la rate, organe le plus friable de la cavité abdominale.

A l'autopsie, après l'incision de la partie abdominale, un flot de sang s'écoula, et l'on trouva des caillots volumineux remplissant le petit bassin. Tous

(1) Fauvel, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, xxxe année, 1855, p. 395.

les organes étaient sains, excepté la trompe gauche, qui présentait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, où existait une déchirure qui avait donné lieu à l'hémorrhagie. La tumeur était constituée par des caillots sanguins en partie récents. Sur une paroi de la tumeur était un petit kyste transparent recouvert par les filaments de la trompe. Ce conduit était rétréci à sa jonction avec l'utérus, et son orifice utérin était fermé par une petite tumeurfibreuse.]

Les trompes de Fallope ont été quelquefois, sans qu'on pût trouver de traces de rupture, le siége d'une exhalation sanguine; on a surtout observé des faits de cette nature dans l'état puerpéral, après l'avortement, ou liés à une métro-péritonite. L'observation suivante (1) en est un exemple.

Observation II. — Une femme, récemment avortée, à un terme très-peu avancé, est prise d'une inflammation de l'utérus et du péritoine à laquelle elle succombe; l'extrémité ovarique de la trompe gauche est de la grosseur d'un petit œuf de poule, adhérente à l'ovaire qu'elle enveloppe en grande partie ; elle est rouge, très-vasculaire, et contient du sang fluide; les parois de cette poche ont une demi-ligne d'épaisseur. La trompe droite est oblitérée à son pavillon qui est gros comme le doigt, dépourvu de franges et adhérent à l'ovaire par quelques brides cellulaires; du sang fluide y est aussi contenu ; les restes d'un petit kyste séreux déchiré sont appendus à l'ovaire de ce côté.

[L'accumulation sanguine peut être due à la rétention du flux menstruel dans la cavité utérine, et le passage du sang dans l'abdomen n'est pas dû généralement au reflux du liquide, mais bien à la difficulté que les trompes éprouvent à faire passer dans l'utérus le produit de leur sécrétion (2); le reflux du sang de l'utérus n'est qu'une cause *adjuvante* de la distension extrême des trompes dans la rétention menstruelle (3)].

« Les trompes, dit Nauche (4), deviennent aussi, quoique bien plus rarement, le siége d'une hydropisie. Les signes de cette maladie sont les mêmes que ceux de l'hydropisie des ovaires dont il n'est pas possible de la distinguer pendant la vie. Lorsque la malade succombe, la trompe qui est le siége de l'hydropisie est plus ou moins dilatée, elle se présente sous l'aspect d'une tumeur tortueuse dont l'apparence est la même que celle des gros intestins (fig. 194). La cavité est remplie d'un fluide séreux, légèrement coagulable, et de nature albumineuse; cette cavité, ordinairement entrecoupée, est subdivisée par des cloisons membraneuses.

On peut rencontrer des faits analogues dans des cas d'oblitération du col utérin, les règles alors s'accumulent dans l'utérus, le distendent et consécutivement distendent aussi les trompes qui finissent par se rompre

(1) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 586.
(2) Bernutz, *Clinique méd. des maladies des femmes*, t. I, p. 179, obs. XXXIII.
(3) Bernutz, *loc. cit.*, p. 173.
(4) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 181.

sous cet effort. Dans un cas, une communication est ouverte entre l'extrémité adhérente et un kyste séreux de l'ovaire; dans le dernier, l'aspect des trompes varie beaucoup, quelquefois elles sont épaissies, allongées, flexueuses, s'élargissant graduellement à mesure qu'on approche de l'ovaire dont il est possible de les distinguer nettement. Quelquefois elles s'élargissent brusquement en forme d'un concombre, d'une poire, ou même d'une sphère,

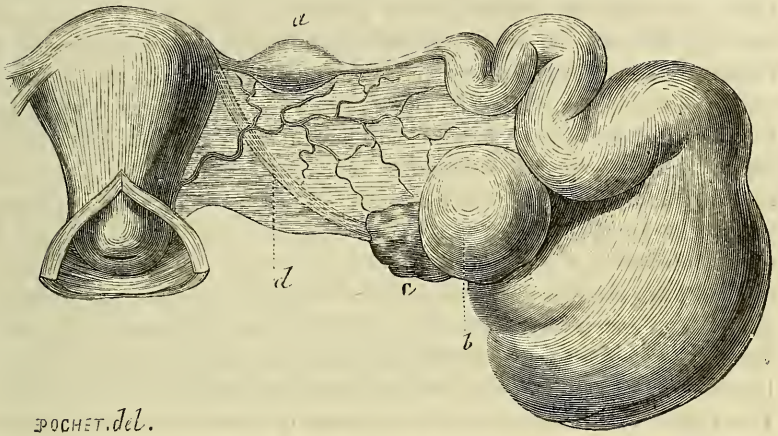


Fig. 194. — Hydropisie de la trompe droite (*).

et elles peuvent alors prendre des proportions énormes (1). De Haen (2) parle d'une trompe hypertrophiée qui pesait à elle seule 7 livres, et contenait 23 livres de liquide. On a cité des cas dans lesquels ces organes contenaient jusqu'à 112 livres de liquide, mais la trompe, l'ovaire et les ligaments étaient compris dans cette tumeur.

§ II. — Causes.

Les causes de ces accumulations de liquide et des hydropisies ovariennes sont les mêmes. Les symptômes sont identiques.

(1) Nicolaus Tulpius, *Observationum medicarum*, libri IV, observat. 45.—*Acta eruditorum Lipsiensia*, anno 1701, mense februario. — *Ephemeridum Germanicarum*, decuria II, anno 2, observ. 95. — Joh. Baptista Bianchi, *De naturali in humano corpore vitiosa morbosaque generatione*. Aug. Taur., 1741, p. 187. Il s'agit d'une hydropisie de trompe de 80 livres pesants. — Johannes Munnicks, in *Bibliotheca anatomica*, t. I, p. 624. Il est question d'une hydropisie de trompe de 112 livres.

(2) De Haën, *Pract. med.*, t. III, p. 213. — Voyez aussi Monro, *An Essay on the Dropsy*, 3e édit. London, 1765.

(*) L'utérus vu par sa paroi postérieure, chez une femme de cinquante ans : — *a*, trompe dilatée, formant des flexuosités, se rétrécissant de plus en plus pour se terminer près de son insertion à l'utérus, par une cavité à parois épaisses, blanchâtres, à cellules ne communiquant pas avec l'utérus. La surface de la trompe était parsemée de beaucoup de vaisseaux; *b*, kyste séreux de l'ovaire, adhérent à la portion développée de la trompe; *c*, l'ovaire; *d*, ligament de l'ovaire adhérent à la portion développée de la trompe. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXXV, fig. 1.)

§ III. — Traitement.

Les accumulations de liquide sont, comme dans les kystes ovariens, soulagées par la ponction.

Quelquefois, cependant, cette opération a été suivie de conséquences graves et même fatales ; quelquefois elle a été inutile à cause de la consistance visqueuse du liquide qui ne pouvait s'échapper à travers la canule (1). Hooper a donné à cette collection liquide le nom d'*hygroma*, et il ajoute : « Je n'ai jamais rencontré dans une trompe plus de 7 onces de liquide. La quantité ordinaire varie entre une et deux onces. Quand une tumeur hygromatique est formée dans ces tubes, les franges sont généralement détruites, et les ouvertures abdominales oblitérées. Les parois sont distendues de façon à constituer de véritables sacs longs, tortueux, piriformes, la grosse extrémité existe toujours vers le bout flottant. La trompe, des deux côtés, offre à peu près les mêmes lésions, et il y a généralement des traces d'une inflammation antérieure comme, par exemple, çà et là un endroit épaissi et des adhérences membraneuses aux parties voisines (2).» Dans quelques cas, si l'extrémité utérine est perméable, le liquide peut s'échapper plus ou moins complétement par l'utérus et le vagin. Frank (3) relate l'observation d'une femme qui perdait ainsi une pinte de liquide chaque jour. Après la mort de la malade, on trouva la trompe du côté gauche distendue par 31 pintes d'un liquide aqueux et gélatineux. La cause de la maladie remontait à une chute dans laquelle l'hypogastre avait porté.

Tyler Smith a proposé un instrument pour découvrir, et en même temps guérir les oblitérations tubaires produites soit par une sécrétion concrète ou par l'épaississement de la muqueuse (4). L'instrument consiste en une sonde creuse ressemblant, pour la forme, à la sonde utérine du professeur Simpson, avec cette différence que son instrument a, à l'extrémité, une légère courbure tournée à droite ou à gauche, suivant qu'on opère sur l'une ou l'autre trompe. Le cathéter doit être passé à travers l'orifice utérin jusqu'à ce qu'il ait atteint le fond de l'utérus, et alors, dit T. Smith, la courbure tournée convenablement correspondra aussi exactement que possible à l'orifice tubaire. Arrivé à ce point, on passera dans la sonde un mandrin de baleine très-mince, et il passera dans la trompe, on calculera, à mesure qu'on avance, la distance parcourue, au moyen des marques pratiquées à la partie extérieure du mandrin. Smith dit qu'il n'y a pas de diffi-

(1) Astruc (*Maladies des femmes*. Paris, 1670, t. IV, p. 52) parle avantageusement de la ponction dans l'hydropisie des trompes et rapporte une observation de J. H. Bretchfelds citée par Bartholin (*Acta med. Hafniensia*, p. 194) dans laquelle l'opération fut suivie de succès.

(2) Hooper, *Morbid anat. of the human uterus*, p. 19.

(3) Frank, *De cur. hominum morbis*. Vienne, 1810, lib. VI, pars I, p. 310.

(4) Tyler Smith, *Lancet*, 19 mai et 7 juin 1849.

culté à passer le mandrin, quoique l'introduction de la sonde ne soit pas toujours aisée. Après plusieurs essais, il n'a jamais vu cette opération exposer les malades à aucun danger; j'avoue que, sans de plus amples preuves, je ne recommanderais pas volontiers cette opération; je ne pense pas que l'utérus soit aussi insensible aux irritations mécaniques que certains auteurs le supposent, et je craindrais que, si le mandrin est trop, faible il ne soit inutile; s'il est trop résistant, qu'il ne soit nuisible.

L'oblitération de la trompe, dans quelque endroit qu'elle siége, s'opposera à une nouvelle conception, elle rendra la femme stérile, et si le calibre de l'organe est diminué ou oblitéré après la conception, ou si les fonctions en sont troublées, l'œuf peut être arrêté dans sa progression vers l'utérus, et il en résultera une grossesse extra-utérine (tubaire) (1). Dans ces circonstances, le fœtus peut se développer pendant un temps, jusqu'à ce que les parois soient arrivées à leur plus haut degré d'extension; puis celles-ci se rompent et le fœtus est précipité dans l'abdomen. Le plus souvent il en résulte une péritonite rapidement mortelle; d'autres fois la séreuse péritonéale tolère la présence du fœtus, et la patiente peut ainsi le porter pendant plusieurs années. Astruc (2) recommande en pareil cas l'opération césarienne, si le diagnostic est suffisamment certain.

CHAPITRE V

TUMEURS FIBREUSES DES TROMPES DE FALLOPE

Il est très-rare qu'il se développe des tumeurs fibreuses dans les parois des trompes; cependant on en rencontre quelquefois. Baillie (3) dit à ce sujet : «J'ai vu une tumeur dure et ronde développée sur la surface externe d'une des trompes de Fallope. Lorsqu'on fendit cette tumeur, elle offrait à

(1) Jean Riolan (*Anatomia seu Anthropographia*. Paris, 1649, lib. II, cap. 35), rapporte plusieurs observations de grossesse de trompes, et surtout une qui avait été faite par les médecins de la cour sur la blanchisseuse de la reine, Anne d'Autriche. On ajoute peu de foi à ses observations, et, s'il faut en croire Bartholin (*Anatomia*, lib. I, cap. XXVII), Gui Patin lui avait dit que Riolan lui-même ne les croyait pas, et qu'il les avait rapportées par complaisance pour un médecin de la cour (Pierre Seguin, premier médecin de la reine). Mais enfin la vérité s'est fait jour, et les grossesses des trompes se sont présentées aux yeux de tous les observateurs. Du grand nombre de ces sortes d'observations qu'on pourrait citer, nous nous contenterons d'en indiquer deux, qui sont au-dessus du doute, l'une de M. Littre, et l'autre de M. du Vernay, rapportées toutes les deux dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1702. A quoi l'on peut ajouter l'observation rapportée par M. Paul Bussière, chirurgien, dans les *Transactions philosophiques*, ann. 1691, n° 207, article 2. — Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III, p. 86. — J. Cloquet, *Pathologie chirurgicale, plan et méthode qu'il convient de suivre dans l'enseignement de cette science*. Paris, 1831, pl. VIII, fig. 8.

(2) Astruc, *Maladies des femmes*. Paris, 1770. t. IV. p. 52 et 247.

(3) Baillie, *Morbid anatomy*. p. 360.

la coupe exactement le même aspect que ces tumeurs développées à la face extérieure de l'utérus; la substance en était dure, blanche, traversée par des cloisons membraneuses et solides. Je crois cependant que la maladie offre rarement cette apparence, et Hooper (1) dit qu'on observe plus souvent ce genre de tumeurs dans la cavité de la trompe. Quelquefois on voit de petites tumeurs déposées dans le tissu cellulaire sous le péritoine qui recouvre les trompes. J'en ai trouvé une fois, dans le canal tubaire lui-même, du volume d'une olive; les franges du pavillon étaient détruites, et la trompe se terminait en cul-de-sac. »

J. Y. Myrtle a trouvé une tumeur fibreuse très-grosse dans la trompe du côté gauche, chez une dame. La tumeur remplissait complétement le bassin, et par la compression qu'elle exerçait elle avait donné lieu à une énorme distension du côlon. La tumeur n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie (2).

CHAPITRE VI

SQUIRRHE, CANCER ET TUBERCULES DES TROMPES DE FALLOPE

Les trompes de Fallope peuvent être atteintes par des affections de nature maligne. Capuron (3), Nauche (4) et d'autres ont décrit le cancer de ces organes, et Lee (5) dit à ce sujet : « Les trompes de Fallope peuvent être atteintes de cancer ou d'une lésion de nature maligne: celle-ci peut débuter dans les trompes elles-mêmes ou s'étendre à elles après avoir pris naissance dans les ovaires ou dans tout autre point de l'appareil utérin.

« Que la maladie se soit étendue à l'utérus ou qu'elle y ait débuté, les symptômes de la lésion des trompes se perdront dans ceux auxquels donne lieu la maladie utérine. Un examen soigneux par le vagin pourra quelquefois jeter quelque lumière sur le diagnostic. »

[Nous avons déjà dit que l'affection tuberculeuse peut atteindre les trompes isolément quelquefois, mais le plus souvent en même temps que l'utérus, les ovaires et le péritoine.]

(1) Hooper, *Morbid anatomy of the human uterus*, p. 12.
(2) Myrtle, *Edinburgh monthly Journal*, mai 1849, p. 772.
(3) Capuron, *Maladies des femmes*, p. 164.
(4) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, p. 623.
(5) Lee, *Cyclopædia of pract. med.*, vol. IV, p. 379.

CHAPITRE VII

DÉPLACEMENTS DES TROMPES DE FALLOPE

Comme nous l'avons déjà vu, les trompes de Fallope sont déplacées toutes les fois que la situation de l'utérus est modifiée. Dans le prolapsus utérin, les trompes et les ovaires sont situés dans le cul-de-sac formé par le vagin refoulé. Dans l'inversion de la matrice, elles sont attirées dans la cavité nouvelle que circonscrivent les parois de l'utérus tapissées par le péritoine. Quand l'ovaire est notablement augmenté de volume, si les franges du pavillon y sont adhérentes, la situation de la trompe sera changée. Dans ces très-rares affections, qui constituent les hernies de l'utérus et des ovaires, il va sans dire que les trompes participent à ce déplacement (1).

[Ajoutons aux causes de déplacement de ces annexes de l'utérus la tuberculose génitale : le toucher, dans ces cas, en fait constater la présence dans le cul-de-sac postérieur du vagin.]

CHAPITRE VIII

RUPTURES DES TROMPES DE FALLOPE

§ I. — Causes.

Cet accident peut survenir à la suite de la distension extrême qu'amène l'accumulation et la rétention des règles (2), de la sérosité ou du pus.

Il peut se produire indépendamment de ces désordres ou de l'état de grossesse. Il existe une observation de rupture de cet organe à la suite d'un violent effort rapidement suivi d'un épanchement de l'abdomen et de la mort (3).

La rupture peut encore être la conséquence d'une ulcération.

J'ai déjà noté la rupture de la trompe par suite du développement d'un fœtus dans sa cavité. Elle a généralement lieu vers le troisième ou la quatrième mois de la grossesse.

(1) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1821, vol. I, p. 123-127. — Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 584. — Ruysch, *Observationum anatomico-chirurg*. Amstelodami, 1691, obs. 16.

(2) Haen, *Ratio medendi*, t. III, p. 32.

(3) Godelle, *Nouvelle bibliothèque médicale*, 1823, t. I, p. 263 ; *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. V, p. 105.

Quand la rupture se produit, la femme éprouve une douleur très-aiguë, soudaine, dans la région de l'utérus; puis survient une syncope, le refroidissement des extrémités et les autres symptômes d'une hémorrhagie interne; enfin la mort arrive au bout de quelques heures. A l'autopsie, on trouve une grande quantité de sang dans le péritoine; la trompe qui renfermait l'œuf est déchirée ou bien ouverte par inflammation et gangrène. Ausitôt déchirée, la trompe n'a pas la propriété, comme l'utérus, d'oblitérer les vaisseaux ouverts par la séparation du placenta, et le sang est versé dans la cavité abdominale jusqu'à ce que la mort s'ensuive (1).

§ II. — Terminaison.

Cet accident se termine presque toujours par la mort.

§ III. — Traitement.

Si le temps permet de tenter une médication, il faut employer un traitement antiphlogistique très-énergique. En un mot, celui que réclamerait une péritonite subaiguë dans des conditions ordinaires.

SECTION IV

MALADIES DES OVAIRES

Malgré la structure spéciale de ces organes, malgré la différence qui existe entre eux et l'utérus, les ovaires paraissent sujets aux mêmes maladies, et subissent les mêmes altérations morbides.

[En voici la liste, d'après Astruc (2) :

« 1° L'inflammation, et les suites de l'inflammation, lorsqu'elle ne se termine pas par la voie de la résolution, savoir l'abcès et la gangrène;

« 2° Le squirrhe, quelquefois continu et quelquefois séparé en plusieurs grains, lequel est particulièrement propre à la substance spongieuse ou supérieure des ovaires ; il arrive quelquefois que ces squirrhes dégénèrent en cancer;

« 3° Les hydatides, ou vésicules rondes, de différentes grosseurs, attachées à la face extérieure des ovaires, et pleines d'une lymphe glaireuse et transparente;

(1) Lee, *Cycl. of pract. medicine*, vol. IV, p. 373; *Edinb. med. and surg. Journal*, vol. XIX, p. 652.

(2) Astruc, *Maladies des femmes*, 9e édition. Paris, 1770, t. IV, p. 26.

« 4° L'hydropisie à sac, dans laquelle l'eau qui la forme est contenue dans une poche ou sac membraneux, dont le volume et l'épaisseur varient beaucoup ;

5° La conception d'un embryon dans l'ovaire même, où il s'accroît quelquefois jusqu'à devenir de la grosseur du pouce, et dont on a des exemples attestés par des observations incontestables;

« 6° Les tumeurs enkystées, stéatomes, athéromes, ou mélicérées, qui se forment pour l'ordinaire dans la substance celluleuse ou inférieure des ovaires, dont le volume varie dans les différents cas, et où se trouve dans le kyste ou poche une matière caséeuse, sébacée, puriforme, plus ou moins épaisse, et de différentes couleurs, brune, grise, jaunâtre. Ce qu'il y a de plus merveilleux, c'est qu'on trouve souvent dans ces tumeurs des pelotons de cheveux entièrement semblables aux cheveux ordinaires, mais plus fins ;]

7° Le déplacement et la rupture.

Il est vrai que les maladies de l'ovaire sont moins fréquentes que celles de l'utérus, et la raison en est que les changements physiologiques qui s'y montrent sont de telle nature qu'il en résulte moins souvent des désordres essentiels; ils ne sont pas exposés au contact irritant d'écoulements âcres, ils sont bien moins soumis à des lésions de cause mécanique et spécialement à celles qu'occasionnent les excès sexuels.

CHAPITRE PREMIER

IRRITATION OVARIQUE

[[NÉVRALGIE DE L'OVAIRE.]]

La description suivante a trait à une affection qui, quoique très-commune, est rarement signalée; cela tient probablement à ce que souvent elle est donnée comme un symptôme d'autres maladies. Cette affection ressemble beaucoup à celle que Tilt (1) a décrite sous le nom d'*ovarite subaiguë;* mais les cas que j'ai observés m'ont conduit à une conclusion tout opposée à celle de cet auteur, je ne crois pas à la nature inflammatoire de cette affection; j'ai donc préféré la dénomination d'*irritation ovarienne*, je l'ai observé chez des femmes de tout âge depuis le début de la fonction menstruelle jusqu'à la ménopause. Aussi je ne crois pas que l'âge ait aucune influence sur la production de cette maladie, mais je pense qu'elle est plus fréquente chez les femmes d'un tempérament délicat et nerveux, et cependant ce ne sont pas les seules qui en sont atteintes.

(1) Tilt, *On diseases of menstruation.*

§ I. — Symptômes.

Le symptôme caractéristique est un malaise qui va souvent jusqu'à la douleur, parfois même à une douleur excessive dans l'une des fosses iliaques ou dans les deux ; cette douleur s'observe plus fréquemment dans la fosse iliaque du côté gauche ; Simpson attribue cette fréquence plus grande à la proximité de cet ovaire du rectum. Cette douleur peut être une douleur sourde et continue, ou bien aiguë avec des exacerbations; elle augmente dans la station debout, dans la marche; dans quelques cas même j'ai vu chez certaines malades une impossibilité absolue de marcher. Il y a généralement un sentiment de plénitude dans la région iliaque ; mais, quelque soin que j'y aie mis, je ne suis jamais parvenu à constater la présence d'une tumeur et je suis convaincu que c'est là simplement une sensation. Il existe toujours une sensibilité excessive même à un simple attouchement. Quand l'irritation est forte, elle s'étend quelquefois jusqu'à la vessie ; il y a des envies fréquentes d'uriner, suivies, lorsqu'on y a satisfait, de douleurs très-vives. On constate assez fréquemment des paroxysmes hystériques. Dans deux des plus violentes attaques d'hystérie que j'aie observées, depuis longtemps il existait une sensibilité exquise de l'ovaire du côté gauche et la pression à ce niveau augmentait notablement les paroxysmes.

[Il n'est pas de jour où M. Noël Guenéau de Mussy ne signale à ses élèves ce phénomène d'irritabilité, qui le plus souvent arrive à produire de véritables convulsions chez les femmes hystériques.

Si l'on procède à un examen soit par le vagin, soit par le rectum, on ne rencontrera le plus souvent rien d'anormal, ni chaleur, ni douleur ni gonflement. Quelquefois, cependant, j'ai constaté qu'en imprimant des mouvements à l'utérus, on déterminait de la douleur dans le côté affecté. En parlant de l'examen par le rectum dans l'ovarite sub-aiguë, Tilt fait remarquer que les ovaires sont plus ou moins sensibles à la pression et qu'ils offrent de deux à quatre fois leur volume normal (1). Je n'ai jamais constaté ce signe dans la maladie que je décris, et c'est là une des raisons qui me font croire qu'il ne s'agit pas de la même affection décrite par Tilt.

Tels sont les principaux symptômes locaux que j'ai observés. Ils varient beaucoup d'intensité, ils sont quelquefois assez violents pour simuler une ovarite aiguë. Ils varient encore suivant les circonstances au milieu desquelles l'affection se produit, et, afin d'éluder cette question, je vais brièvement énumérer ces circonstances.

1° Chez les femmes qui souffrent de l'aménorrhée, il n'est pas rare d'observer, à l'époque des règles, de l'irritation ovarienne qui persiste quelquefois au delà. Il n'est pas facile de juger si l'irritation ovarienne est la

(1) Tilt, *On diseases of menstruation*, p. 79.

cause ou l'effet de l'aménorrhée. Quelquefois je crois qu'elle est l'affection primitive, mais le plus souvent elle me paraît être le résultat de l'aménorrhée. La douleur est quelquefois considérable et elle peut se prolonger jusqu'à l'époque suivante, qui, si elle se produit convenablement et dans de bonnes conditions, peut aussi faire disparaître la douleur.

2° A la suite d'une suppression brusque des règles il n'est pas rare que les ovaires soient frappés, soit par la maladie que je décris ici, soit par une inflammation aiguë, ce qui est plus rare.

3° Dans la dysménorrhée, il y a plus ou moins d'irritation ovarienne. Si à l'époque des règles on observe attentivement le siége de la douleur, nous la trouverons presque toujours au niveau des ovaires qui sont très-sensibles à la moindre pression. Dans la plupart de ces cas, je crois que les ovaires sont atteints secondairement.

4° Dans la ménorrhagie, les ovaires peuvent, en apparence du moins, conserver leur intégrité pendant un temps ; mais si la ménorrhagie se répète souvent, j'ai constaté que l'un des ovaires, ou les deux à la fois, sont atteints et que l'irritation se continue longtemps après que l'écoulement a cessé.

5° Dans mainte occasion j'ai pu voir cette irritation accompagner des érosions ou des ulcérations du col, mais elle ne se montre généralement que lorsque ces lésions ont déjà duré pendant un certain temps.

6° J'en ai déjà mentionné la présence dans l'hystérie, soit qu'il existe en même temps quelque trouble dans la menstruation, soit que cette fonction s'exécute régulièrement.

7° Dans quelques cas rares, j'ai reconnu l'irritation ovarienne, alors que les fonctions cataméniales étaient parfaitement régulières, chez des femmes d'une santé délicate, d'un tempérament nerveux et sans ressort.

Ces différentes classes comprennent, je crois, tous les exemples de cette maladie que j'ai pu observer. Souvent il faut une très-grande attention pour séparer les symptômes ovariens de ceux qui dépendent de la maladie concomitante, mais d'autres fois les symptômes étaient parfaitement évidents. Quand l'affection n'est pas compliquée, elle ne donne généralement pas lieu à des symptômes généraux marqués. Beaucoup de femmes qui y sont sujettes sont délicates et faibles et la douleur les entretient dans cet état de faiblesse. Le pouls n'est pas plus fréquent, il n'y a ni chaleur à la peau ni soif. L'appétit est rarement bon, mais il n'est pas plus mauvais que d'habitude, les fonctions intestinales sont irrégulières. J'ai souvent examiné les urines; elles sont peu abondantes, acides, et quelquefois mélangées d'un peu de mucus.

§ II. — Pathogénie.

Quant à la pathogénie de cette affection, elle offre plusieurs points très-intéressants à étudier. Je ne crois pas que nous puissions conserver au-

cun doute sur le siége de la maladie dans les ovaires. Le point fixe où se montre la douleur, la connexion établie entre cette affection et les fonctions menstruelles, tout vient à l'appui de cette opinion. Mais la question suivante me semble plus difficile à élucider. Ce trouble est-il amené par une inflammation aiguë ou sub-aiguë des ovaires? Certainement la maladie décrite par le docteur Tilt offre des caractères de nature inflammatoire que je n'ai jamais remarqués dans la présente affection. L'absence de tuméfaction ou de tumeur, les résultats négatifs de l'examen par le vagin ou le rectum, le caractère intermittent et paroxystique de la maladie, l'absence des résultats ordinaires de l'inflammation (abcès, accumulation de liquide) même dans les cas les plus aigus, le succès constant d'un mode de traitement spécial, me paraissent d'excellents arguments contre la nature inflammatoire de l'affection. La plupart de ces particularités ne se retrouvent pas dans l'ovarite sub-aiguë de Tilt. J'ai certainement vu des cas où la distinction est difficile, et il est possible que, sous l'influence de certaines causes, une de ces formes puisse se transformer et offrir les caractères de l'autre, mais je ne puis résister à l'idée que la maladie que je viens de décrire est de nature névralgique et non inflammatoire.

On peut encore se demander si cette irritation ovarienne est la cause ou l'effet du trouble menstruel, ou si elle n'existe que comme un phénomène concomitant? Il n'est personne, parmi ceux qui sont familiers avec la physiologie des ovaires, qui puisse douter que l'intégrité de la fonction menstruelle ne soit sérieusement influencée par cet état des ovaires. Si l'irritation ovarienne précédait toujours la période cataméniale, j'aurais certainement quelque tendance à lui attribuer le désordre menstruel. Mais, dans quelques cas, l'irritation ovarienne a manifestement suivi les troubles de la menstruation, ou bien elle s'est montrée en même temps que les règles arrivaient à leur fin; enfin l'irritation a existé sans qu'il fût survenu aucune perturbation dans la menstruation, par conséquent, sans qu'on puisse un seul instant douter de l'influence perturbatrice de l'irritation ovarienne sur les fonctions menstruelles. Je ne puis cependant partager l'avis de ceux qui voient une règle invariable dans cette succession de phénomènes, plus que je ne puis être d'accord avec ceux qui attribuent tous les désordres de la menstruation à des déviations fonctionnelles des ovaires. Au contraire, je considère ces accès, dans la grande majorité des cas, comme des faits d'irritation réflexe.

§ III. — Causes.

Toutes les causes qui agissent sur l'utérus ou les ovaires, et en troublent les fonctions, peuvent être regardées comme autant de causes d'irritation ovarienne.

Parmi ces causes, la plus fréquente sans contredit, c'est le froid. Je

crois que souvent l'abus du coït et quelquefois aussi la continence absolue peuvent avoir occasionné les troubles dont nous parlons; je renvoie mes lecteurs, pour plus amples renseignements, à l'excellent ouvrage de Tilt (1). Sur ce sujet, je suis d'avis cependant que tout ce qu'il dit de l'irritation ovarienne s'appliquerait aussi bien à l'ovarite.

§ IV. — Diagnostic.

Les conditions dans lesquelles l'accès est survenu, c'est-à-dire ses rapports avec les fonctions menstruelles, la localisation de la douleur, rendent le diagnostic relativement facile dans la plupart des cas. On peut confondre l'irritation ovarienne avec l'irritation intestinale; mais, en général, il n'y a pas d'autre signe que la douleur qui puisse justifier cette erreur.

Il sera plus difficile d'écarter l'idée d'une ovarite aiguë que la sensibilité de la région pourrait nous faire soupçonner. Mais, dans l'irritation ovarienne, la sensibilité est beaucoup plus vive que celle qui accompagne l'inflammation. C'est une sorte de sensibilité qui disparaît aussi bien sous la presssion d'un doigt que sous une pression très-vigoureuse. En outre, dans l'ovarite aiguë l'organe est toujours gonflé et augmenté de volume, et on peut très-distinctement le sentir par le toucher vaginal.

Dans l'inflammation phlegmoneuse des annexes utérins, la tuméfaction est sentie au niveau du détroit supérieur ou dans la cavité pelvienne, par conséquent, elle ne peut être confondue avec l'affection que nous décrivons.

§ V. — Traitement.

Je n'entrerai pas dans de grands détails à propos du traitement de l'irritation ovarienne, car je ne puis avoir recours en cette circonstance qu'à mon expérience personnelle. Le traitement sera dirigé suivant l'état de la santé générale, des forces et de la constitution de la patiente. Chez les femmes fortes et bien portantes, j'ai appliqué des sangsues au niveau de la région ovarique, j'ai obtenu de l'amélioration, mais jamais le succès n'a été complet. Encore faut-il ajouter que quelques cas ont été tout à fait rebelles à ce moyen. On appliquera de six à douze sangsues à la fois, et on y reviendra après un certain laps de temps. J'ai employé après l'application des sangsues les cataplasmes et même chez certaines malades, à qui je n'avais pas mis de sangsues, ce dernier moyen a amené un grand soulagement. Chez les femmes délicates les émissions sanguines m'ont paru plus nuisibles qu'utiles. En pareil cas, l'emploi de petits vésicatoires m'a rendu plus de services que l'application de sangsues.

(1) Tilt, *On diseases of mentruation*, p. 99.

L'irritation superficielle soulage certainement et guérit quelquefois si elle est souvent répétée ; mais, je dois, pour rendre hommage à la vérité, avouer que ce moyen a souvent aussi échoué entre mes mains. Des liniments ou des emplâtres opiacés amènent quelquefois du soulagement, mais ils sont bien souvent inutiles ; j'ai quelquefois conseillé des lavements laudanisés avec avantage. Dans deux ou trois circonstances j'ai appliqué largement la teinture d'aconit sur les régions iliaques. mais le résultat n'a jamais répondu à mon attente.

Après avoir échoué dans quelques cas rebelles, j'essayai d'appliquer l'opium à la partie supérieure du vagin, je fis faire des balles ou pessaires en quelque sorte analogues aux pessaires médicamenteux de Simpson. Chaque balle contenait 10 centigrammes d'opium, une demi-drachme de cire blanche et une drachme et demie d'axonge. Ces différentes substances mélangées dans ces proportions offraient le volume d'une grosse bille que je plaçai à la partie supérieure du vagin au moyen d'un spéculum. Je conseillai, en outre, à la malade de garder le lit pendant tout le jour. Le succès dépassa mon attente, le soulagement fut très-rapide et presque toujours complet. Si la douleur revenait après quelques jours, une seconde application en faisait promptement justice. La sensibilité disparaissait avec promptitude, et je n'ai jamais constaté qu'il résultât de ce traitement aucun inconvénient ; j'ai à cette heure employé ce moyen dans un grand nombre de cas et toujours avec le même succès. J'ai bien rarement, depuis que j'ai adopté ce traitement, usé des émissions sanguines ou des vésicatoires. J'ai également eu recours avec avantage à ces pessaires opiacés dans certains cas de dysménorrhée ; j'avais le soin de les faire appliquer la veille du jour où les règles étaient attendues. En tout état de cause le point important est d'attaquer la cause qui donne lieu à l'irritation réflexe. Celle-ci peut être calmée par les moyens que nous venons d'indiquer, mais on ne doit pas la considérer comme guérie tant que la cause n'a pas disparu.

Il est à peine nécessaire de dire que dans cette maladie on doit entretenir la liberté du ventre ; si l'appétit fait défaut on conseillera les amers auxquels j'ajoute volontiers une petite quantité d'ammoniaque.

CHAPITRE II

INFLAMMATION DES OVAIRES OU OVARITE (1)

L'inflammation de l'un ou même des deux ovaires survient souvent sans cause appréciable et en dehors de l'état de grossesse, mais c'est là un

(1) Bibliographie : Heinrich, *Zwei Beobachtungen von Oophorites* (*Henle's und Pfeuffer's Ztschr.*, 1846, t. V, p. 1). — E. J. Tilt, *Diseases of women and ovarian*

fait rare. On voit plus fréquemment l'ovarite accompagnant la péritonite ou la métrite qui est la conséquence de l'avortement ou de l'accouchement. « On a cependant constaté l'existence de cette inflammation indépendamment de tout état analogue de l'utérus. Portal dit qu'il a souvent observé des malades offrant tous les symptômes de la métrite, mais qui, après un certain temps et après une convalescence apparente, étaient prises d'un gonflement considérable dans l'une, et quelquefois dans les deux régions iliaques. A l'autopsie, il trouvait l'utérus parfaitement sain, tandis que les ovaires et quelquefois les ligaments étaient considérablement tuméfiés (1). » Généralement toute la substance de l'ovaire est atteinte; mais dans quelques cas il a semblé qu'il n'y avait eu d'atteint que les vésicules de de Graaf. Les symptômes, en pareil cas, ne sont guère appréciables pendant la vie ; par conséquent, nous n'insisterons pas sur cette lésion partielle. A ce propos Seymour (2) fait les remarques suivantes : L'autopsie seule nous apprendra si les vésicules de de Graaf sont enflammées, à moins que ce ne soit en même temps que la gangue ovarienne. Nous trouvons dans les auteurs des observations d'ovaires enflammés renfermant des kystes purulents; mais il n'est pas dit si l'on avait affaire à des vésicules suppurées ou à des abcès développés dans le tissu cellulaire. Les tuniques de la vésicule de de Graaf, à un âge avancé, sont notablement épaissies, et au lieu d'être remplies par une liqueur fluide, elles contiennent une matière épaisse rougeâtre, à cause de la présence des vaisseaux sanguins, et quelquefois presque solide.

«Cette modification représente sur une petite échelle ces tumeurs dures qu'on rencontre quelquefois dans les parois de certains kystes ovariques. Ne serait-ce pas là quelque vésicule superficielle dont les parois épaissies auraient subi par la maladie cette transformation ?

«Le liquide contenu dans les vésicules de de Graaf peut s'altérer : il est quelquefois rouge, d'autres fois noir, à cause de la présence d'une certaine quantité de sang, et il me semble admissible qu'il puisse être altéré par une fécondation imparfaite.» Seymour cite un fait à l'appui de cette opinion.

§ I. — Fréquence.

Nauche (3) a constaté que les femmes jeunes, d'un tempérament sanguin et ayant les passions vives, sont plus exposées que d'autres à cette affection. Je distinguerais de ces cas ceux qu'on voit surgir dans les épi-

inflammation. London, 1853. — Henkel, *Ueber chronische Oophorites* (*Wiener med. Wochenschr.*, 1856, n° 12). Gallard, — *Conférences de clinique médicale*, *De l'ovarite*, 1869, et *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873.

(1) Davis, *Obstetric medicine*, vol. II, p. 762.

(2) Seymour, *Illustrations of some of the principal diseases of the ovaria*. London, 1834, p. 41 et suiv.

(3) Nanche, *Maladies particulières aux femmes*. Paris, 1829.

démies de fièvre puerpérale. Il y a deux époques auxquelles survient plus fréquemment l'ovarite. Un peu avant, pendant, immédiatement après l'époque menstruelle, et après un avortement ou un accouchement.

§ II. — Divisions.

On distingue une forme *aiguë* et une forme *chronique*. Cette dernière est toujours la conséquence de la première, et elle en diffère par la moindre intensité des symptômes.

§ III. — Causes.

[[L'ovarite survient dans deux conditions un peu différentes, ou bien elle se développe à l'occasion de la puerpéralité ou en dehors de l'état de grossesse.]]

Quand la maladie survient dans l'état puerpéral, elle n'est, en général, qu'une extension de l'inflammation de l'utérus ou des ligaments. Certaines épidémies semblent plus spécialement caractérisées par la prédominance de cette affection.

[[Ce sont surtout les avortements, les accouchements laborieux, les manœuvres obstétricales, la fatigue, les refroidissements à la suite de l'accouchement, qui paraissent donner naissance à la maladie.]]

Cette affection peut aussi survenir en dehors de l'état de grossesse, et on l'a souvent attribuée à un coup reçu dans la région iliaque, à l'impression du froid, ou à une action irritante produite par un corps étranger situé dans l'ovaire lui-même (comme des dents, des cheveux).

Suivant Martin Solon, on l'a vue suivre immédiatement la suppression des règles (1).

[[Cette coïncidence s'explique aisément si l'on veut bien se rappeler qu'au moment de la rupture de la vésicule de Graaf, l'ovaire est congestionné, turgide, et qu'il suffit que cette congestion physiologique s'exagère pour donner naissance à une véritable inflammation. Toutes les causes qui viendront à augmenter cette congestion ovarique pourront déterminer l'ovarite ; c'est ainsi que paraissent agir la suppression brusque de l'écoulement menstruel sous l'influence du froid ou d'une émotion morale, le coït pendant l'époque menstruelle, les fatigues. Le travail de la machine à coudre qui peut, selon M. Guibout, déterminer la production de la chlorose, de la rachialgie, de la nymphomanie, a paru dans certains cas être l'origine de l'inflammation ovarique; c'est en déterminant un

(1) Martin Solon, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834; t. XII, p. 414, art. Ovarite. — Chereau, *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires*. Paris, 1844, p. 131. — Velpeau, *Dictionn. de méd.; Répert. de méd.*, Paris, 1840, t. XXII, p. 569, art. Ovaires. — Ch. Bernard, *Des rapports réciproques qui existent entre les troubles de la menstruation et l'ovarite* (*Union médicale*).

afflux sanguin vers les organes pelviens qu'il paraît exercer son influence funeste (1).

MM. Ricord et Boureau considèrent la phlegmasie de l'ovaire comme une complication fréquente de la vaginite, M. Bernutz pense même qu'elle est aussi fréquente que l'orchite qui accompagne la blennorrhagie. M. Alphonse Guérin ne partage pas cette manière de voir et la considère au contraire comme une complication rare de l'inflammation vaginale. L'ovarite qui survient sous l'influence de la vaginite bien que rare ne peut être révoquée en doute; elle est d'ailleurs admise par MM. Tilt, de Méric, Courty, Nonat et Gallard.

Certaines maladies générales paraissent avoir une influence notable sur le développement de la maladie. Parmi les maladies aiguës, Béraud (2) a signalé la variole qui peut donner naissance à une ovarite varioleuse, de même qu'on voit l'orchite varioleuse se développer chez l'homme.

Parmi les maladies chroniques qui peuvent lui donner naissance on a signalé la syphilis, d'où le nom d'*ovarite syphilitique* que M. Nélaton a donné à la maladie. Il en serait de même pour la goutte et le rhumatisme. Quant à la diathèse tuberculeuse, son influence ne saurait être mise en doute, il n'est pas rare en effet de voir l'inflammation de l'ovaire se développer en même temps que la phthisie pulmonaire.]]

§ IV. — Symptômes.

I. *Inflammation aiguë.* — Si l'ovarite est compliquée d'inflammation de l'utérus ou des annexes, les symptômes auxquels donne lieu l'inflammation de ces organes masqueront ceux de l'affection ovarienne. En tout état de cause, la malade éprouvera une douleur aiguë, profonde, dans la cavité pelvienne; mais, si l'inflammation est limitée à l'ovaire, le siége de la douleur sera parfaitement localisé. Si la malade garde un repos absolu, la douleur n'est pas continue, mais elle s'exaspère au moindre mouvement. Si l'inflammation s'étend au péritoine, la douleur change de caractère et devient très-aiguë. Une sensation pénible s'étend vers les aines et est accompagnée d'une grande anxiété. La miction et la défécation sont douloureuses. Tant que l'inflammation est limitée dans l'ovaire, le siége du mal ne peut être déterminé que par celui de la douleur, puisqu'il n'existe en même temps aucun trouble fonctionnel local. Immédiatement au-dessus du pubis, du côté malade (car les deux ovaires sont rarement pris à la fois) dans l'espace qui existe entre l'aine et l'utérus, l'abdomen est douloureux et tendu ; quelquefois même il est notablement gonflé et plus chaud que de coutume. La douleur est rarement violente, elle est plutôt sourde; mais elle devient plus aiguë et lancinante aussi-

(1) Gallard, *Conférences de clinique médicale. De l'ovarite*, 1869, p. 16.
(2) Béraud, *Archives générales de médecine*, 1869, t. XIII, p. 588.

tôt que le péritoine est pris. Les parties sont douloureuses à la pression, et le sont plus encore si la malade se met brusquement sur son séant. La douleur reste limitée au point malade, tant que l'inflammation ne s'étend pas. Généralement cependant, le processus inflammatoire s'étend rapidement et presque tout de suite au péritoine, surtout si la malade est sous l'influence de certaines causes prédisposantes, comme l'état puerpéral. En même temps on voit se produire des symptômes importants du côté de la vessie ou du rectum. La malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner, de cuissons vives pendant la miction. La région vésicale est tendue et douloureuse. L'urine est très-colorée, aussi abondante que d'ordinaire. Les fonctions du rectum subissent des troubles moins intenses. Si l'inflammation s'est étendue plutôt vers la partie postérieure du péritoine, les caractères du mal sont différents, et le rectum est plus affecté que la vessie. En ce cas, la patiente éprouve une sensation de pression douloureuse dans le bassin. La région hypogastrique est moins tendue, moins chaude et moins sensible à la pression. La malade fait des efforts pénibles pour aller à la garde-robe, souvent même il y a du ténesme.

Si nous examinons la partie inférieure de l'abdomen de l'un ou de l'autre côté (car l'inflammation n'est pas toujours limitée à un ovaire), nous constaterons du côté malade une sensibilité très-grande à la pression; cette sensibilité existera dans tout le ventre si le péritoine est malade. Il y a toujours plus ou moins de fièvre ; la peau est chaude, le pouls est vif et concentré, l'estomac est troublé ; il y a des nausées ou des vomissements.

L'examen par le vagin ne donne que rarement des renseignements utiles. Il y a quelquefois un léger degré d'augmentation dans la chaleur, mais cette exploration ne donne aucun signe qui caractérise la nature de l'affection. Lowenhardt (1) est, je crois, le premier qui ait signalé l'importance en pareil cas du toucher rectal. Sans ce mode d'exploration il serait, dit cet auteur, difficile d'établir un diagnostic fondé de cette affection. Le doigt introduit dans le rectum arrive aisément sur les côtés de l'utérus où l'on sent *très-distinctement les ovaires tuméfiés et généralement douloureux*. Le toucher vaginal ne donne que peu ou point de renseignements. Nous avons, il est vrai, un certain nombre de signes qui indiquent qu'il existe une inflammation dans ce voisinage. Le vagin est plus chaud qu'à l'état normal, mais ni l'orifice ni le col utérin, ne sont tuméfiés ou douloureux au début de la maladie. Quelquefois, il existe un léger degré d'inflammation à ce niveau et l'on trouve les parties dans l'état où elles sont après un récent accouchement. Le doigt peut atteindre les parties latérales de l'utérus et apprécier là l'augmen-

(1) Lowenhardt, *Diagnostisch-praktische Abhandlungen aus dem Gebiete der Medicin und Chirurgie durch Krankheitesfälle*, part. 1, p. 306. — *British and Foreign medical Review*, vol. II, p. 527.

tation de volume et la sensibilité des ovaires. Une maladie organique des ovaires doit nécessairement influencer plus ou moins les fonctions utérines. Les lochies seront supprimées, l'écoulement menstruel sera suspendu, si l'inflammation a atteint les deux ovaires il en résultera la stérilité au moins pour un temps.

Carus, de Dresde, a émis une opinion qu'ont adoptée un certain nombre d'écrivains, au sujet de la relation qui existerait entre l'ovarite et la nymphomanie. On ne peut nier la coexistence possible de ces deux affections, mais l'expérience est là pour démontrer que la nymphomanie n'est pas toujours la conséquence d'une inflammation ovarienne et réciproquement. A ce propos, le commentateur de Lowenhardt dit : « Nous n'avons jamais rencontré un cas de nymphomanie due à cette cause, tandis que nous avons remarqué souvent un état d'excitation vénérienne dépendant évidemment d'une vaginite ou de l'inflammation d'une autre portion des organes génitaux externes. D'un autre côté, l'inflammation de l'ovaire survient sans aucun signe de nymphomanie et, tout au contraire, elle est quelquefois accompagnée d'un état diamétralement opposé. »

II. *Inflammation chronique.* — L'inflammation chronique est toujours la conséquence de l'inflammation aiguë, et elle présente une série de symptômes analogues mais plus obscurs. Il existe dans la région ovarique une douleur profonde, sourde qui augmente au moindre mouvement et sous l'influence de la miction et de la défécation. Il y a quelquefois un peu de diarrhée et des sueurs.

Il n'y a que peu de symptômes généraux, mais les altérations organiques peuvent être perçues par le toucher rectal, les règles sont supprimées, la terminaison est la même que dans le cas précédent.

§ V. — Anatomie pathologique.

Les résultats nécroscopiques varient nécessairement avec l'intensité de la maladie. La maladie peut occasionner la mort, dit Nauche (1), du quatrième au cinquième jour, se terminer par résolution du huitième au onzième, ou par suppuration du douzième au quatorzième. Dans ce cas, le pus est renfermé dans un kyste particulier qui fait souvent saillie, et que l'on peut ouvrir en dehors. Parfois le kyste contracte des adhérences avec une portion du conduit intestinal : il s'ouvre dans ce conduit, et le pus est rendu par les selles. Ce kyste pourrait aussi s'ouvrir dans l'abdomen et occasionner une mort prompte. Quelquefois l'inflammation se termine par induration.

A l'ouverture des sujets qui ont succombé à cette maladie, les ovaires sont augmentés de volume, ils sont d'une couleur brune rougeâtre, le

(1) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, t. I, p. 372.

tissu en est ramolli, et çà et là on rencontre de petites collections purulentes qui sont, parfois, contenues dans les vésicules de de Graaf. Les observations de Dance (1) en renferment des exemples. Portal et d'autres auteurs citent des cas de kystes volumineux remplis de pus et développés dans les ovaires. Généralement ces organes sont recouverts par des fausses membranes, et on trouve des altérations graves dans les organes voisins (2). »

« Quant à l'ovaire même, disent Boivin et Dugès (3), la violence de la phlegmasie dont il a été le siége se manifeste, après la mort, par diverses lésions. *Au premier degré,* à peine augmenté de volume, surtout en longueur, il est un peu plus mou que dans l'état normal ; la substance en est ferme, rouge, injectée; de nombreux capillaires la parcourent en tous sens; les vésicules sont plus grosses qu'à l'état normal. *Deuxième degré :* gonflement qui porte ses dimensions au double, au quadruple ; volume surpassant celui d'un œuf de poule ; forme arrondie ou ovale, aplatie, mollasse, friabilité, infiltration séreuse de couleur jaunâtre (4), ou bien couleur violacée avec la même infiltration, parfois avec de petits épanchements de sang dans des points multipliés. *Troisième degré :* du pus liquide ou concret est infiltré, déposé en petites collections dans cette masse ramollie (5); elle est alors pâle et jaunâtre. *Quatrième degré :* ramollissement, diffluence au centre, quelquefois même dissolution d'une partie de la surface ou de la totalité de l'ovaire dont les débris, entraînés par le pus, se mêlent à l'épanchement péritonéal (6). »

§ VI. — Diagnostic.

Si nous ne tenons compte que des symptômes, le diagnostic sera souvent difficile et obscur. Sur trente-sept cas terminés par la mort, madame Boivin n'en diagnostiqua que deux pendant la vie. C'est surtout ce qui arrive dans la fièvre puerpérale où l'on rapportera toujours les symptômes graves aux lésions de l'utérus et du péritoine. Le toucher vaginal sera le meilleur moyen de distinguer l'ovarite de la métrite, de la cystite ou de la péritonite, car dans aucune autre affection l'ovaire n'offrira nécessairement

(1) Dance, *Obs. sur la phlébite* (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1828).

(2) Martin Solon, *Dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1834, t. XII, art. Ovarite.

(3) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. II, p. 567.

(4) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain.* Paris, 1832, in-fol., figures coloriées, XIIIe livr., pl. III, fig. 4.

(5) Suivant Dance, elle siégerait quelquefois dans les veines intrinsèques de l'ovaire. Il est à craindre qu'il n'y ait eu là un peu de complaisance pour une idée préconçue.

(6) Voyez-en un exemple dans Seymour, p. 40. Cruveilhier a observé aussi plusieurs fois la même chose. Il est probable qu'il faut rapporter à ce genre d'altération le prétendu cas de gangrène cité par M. Murat (*Dict. des sciences médicales*, t. XXXIX, p. 17, article Ovaire), d'après Bautzmann (*Ephemerides germ.*, 11 décembre an IV, observ. 38, p. 95).

la même augmentation de volume. Il existe une autre difficulté à surmonter. On pourra confondre avec une affection de l'ovaire l'inflammation ou un abcès des parties molles, contenues dans le pelvis, ou *vice versâ*.

Peut-être l'examen fait en même temps par le vagin et par le rectum donnerait-il des garanties plus sûres; et dans la fièvre puerpérale, l'historique de la maladie jettera-t-elle plus de lumière sur la nature de la lésion.

§ VII. — Pronostic.

D'après l'obscurité des symptômes, d'après les rapports anatomiques de ces organes, leur inflammation ne peut que constituer une lésion grave. Si les symptômes sont reconnus de bonne heure, l'avenir de la malade sera moins sombre.

§ VIII. — Terminaisons.

I. *Résolution.* — J'ai déjà montré que la forme aiguë peut devenir chronique. L'une ou l'autre peuvent se terminer par résolution, ce qui sera constaté par l'amendement des symptômes locaux ou généraux, par l'éruption des règles, par le retour de l'écoulement lochial si la femme est en couche.

II. *Extension.* — L'inflammation peut s'étendre aux ligaments larges et même au péritoine tout entier. Ce n'est pas là un fait rare, dans ce cas la douleur devient constante et excessive, le ventre est d'une sensibilité exquise. Il n'est pas besoin d'ajouter que cette complication compromet gravement la vie de la malade.

III. *Induration.* — L'inflammation chronique peut donner lieu à un gonflement, à une induration permanente qui reste sans inconvénient pendant un temps quelquefois considérable. Comme en d'autres organes, l'inflammation chronique de l'ovaire peut se terminer de la même manière, cet organe alors devient plus épais et plus volumineux, et une pareille lésion peut rester longtemps stationnaire sans grand trouble général. Seymour en rapporte un exemple.

IV. *Ramollissement.* — Dans d'autres cas, surtout après un accès d'inflammation aiguë, le tissu de l'ovaire se ramollit, et il prend une consistance pulpeuse (1). J'en ai observé récemment un fait dans lequel la mort survint trois jours après l'accouchement. Tout le tissu cellulaire sous-péritonal recouvrant l'utérus et les parois du bassin était dans un état de suppuration diffuse. Les vaisseaux lymphatiques étaient pleins de pus. Les ovaires étaient notablement ramollis, d'apparence pulpeuse; mais ils ne contenaient pas de pus (2). C'est là sans doute une terminaison grave pour ce qui regarde l'intégrité fonctionnelle des ovaires.

(1) Morgagni, *Lettre* 46, n° 27.
(2) Seymour, *On diseases of the ovaries*, p. 38.

V. *Formation du pus.* — C'est une terminaison fréquente de la forme aiguë ou chronique. Après l'ovarite aiguë le pus est infiltré dans toute la substance (1).

« L'abcès, il est vrai, disent Boivin et Dugès (2), n'est quelquefois que la suite d'une inflammation survenue dans un kyste stéatomateux (3), ou bien d'une hydroophorie dégénérée ; et il y a tel cas où ces deux maladies n'en forment plus qu'une mixte, quel qu'ait été son caractère primitif; le kyste hydroophorique enflammé s'étant épaissi, son contenu s'étant presque totalement accru peu à peu, et ayant transformé l'ovaire en kyste. »

Les ovaires, comme la substance de l'utérus, conservent rarement des traces d'inflammation à moins que l'hydropisie ou tout autre lésion organique, n'en soient considérées comme des conséquences. Je n'ai observé que deux abcès : l'un avait le volume de la tête d'un nouveau-né, l'autre mesurait les dimensions d'une orange. Il n'y avait du reste rien qui distinguât ces abcès des abcès ordinaires. Toute la surface interne des ovaires avait disparu, les parois étaient formées par un vaste kyste à parois épaisses et recouvertes par le péritoine (4).

« Un des plus grands abcès qu'on puisse citer, disent Boivin et Dugès (5) est celui que Andral (6) décrit d'après Taylor (de Philadelphie) (7), l'ovaire contenait 20 pintes de pus. Portal (8) parle d'ovaires en suppuration égalant en volume la tête d'un enfant. On peut voir dans notre *Atlas* (9) un abcès enkysté qui paraît avoir été consécutif à une sorte d'hydropisie de l'ovaire. Il en était sans doute de même du cas rapporté par Vater (10), où l'ovaire avait le volume de la tête d'un homme et contenait du pus distribué dans plusieurs capsules. Il faut rapporter aussi aux hydropisies suppurées ces collections de 20 livres (Callisen) et même de 36 à 39 pintes de pus citées par Logger (11). »

[Habersham (12) a décrit un abcès de l'ovaire que remplissaient 400 onces de pus.]

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XIIIe livr., pl. III, fig. 4. Paris, 1832.

(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. II, p. 571.

(3) Boivin, *Recherches sur une des causes de l'avortement.* Paris, 1828, obs. V, p. 21.

(4) Hooper, *Morbid Anatomy of the human uterus*, p. 2. — Cooke case (*Med. Gaz.*, 17 janvier 1840).

(5) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. II, p. 571, en note.

(6) Andral, *Précis d'anatomie pathologique.* Paris, 1829, t. II, p. 705.

(7) Taylor, *North American med. and surg. Journal*, 1826.

(8) Portal, *Anatomie médicale.* Paris, 1804.

(9) Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXXIV, G.

(10) Vater, *Disp. méd.*, t. IV, p. 401.

(11) Logger, p. 11 et 12.

(12) Habersham, *American medical Recorder*, t. VI, p. 487.

La formation du pus sera indiquée par des frissons, la mollesse du pouls et l'amendement des symptômes généraux en même temps que par une sensation de pesanteur et des élancements dans la partie malade. Les symptômes ressemblent beaucoup à ceux de l'hydropisie des ovaires, mais dans l'hydropisie la fluctuation est plus évidente et plus uniforme, le volume est plus considérable. L'abdomen est plus élevé, la douleur spontanée et la sensibilité du ventre ne surviennent qu'à la dernière période. Dans l'inflammation de l'ovaire, il y a de la fluctuation partielle, certaines portions sont dures, dès le début il y a de la douleur et de la sensibilité à la pression. Tels sont à peu près les caractères distinctifs de ces deux maladies. Dupuytren, Piorry (1), Bright (2), Seymour, Négrier (3), Velpeau (4), ont vu l'abcès se rompre dans le péritoine et donner lieu à une péritonite mortelle. Ou si la péritonite n'est pas immédiatement fatale, l'inflammation peut déterminer des adhérences entre l'ovaire et quelque portion de la membrane séreuse, et le pus n'ira pas plus loin.

Observation. — Une jeune femme misérable, couchée dans un des lits de Guy's hospital, était une malade confiée aux soins de Bright, pendant l'automne de l'année 1823. Elle était très-amaigrie, le pouls était faible et fréquent, la langue était rouge et brillante, l'insomnie était constante. Elle se plaignait d'une diarrhée habituelle et opiniâtre, pendant un grand nombre de jours elle vomissait tout ce qu'elle prenait, les règles étaient supprimées. Je fus très-frappé de l'extrême maigreur de la malade, et de la diarrhée colliquative qui la minait sans qu'il y eût de lésion pulmonaire ou intestinale. Après deux mois de séjour à l'hôpital, elle se plaignit d'une douleur excessive dans tout le ventre, et elle mourut presque subitement. En ouvrant l'abdomen, nous pûmes constater que la mort avait été produite par l'effusion d'une grande quantité de pus dans la cavité péritonéale et dont la source paraissait avoir été dans l'ovaire droit. L'abcès ressemblait de tous points à un abcès phlegmoneux développé en tout autre point de l'économie. Il n'y avait pas de kyste ni aucune production morbide de nouvelle formation (5). »

Plus souvent l'abcès vient faire saillie dans la région iliaque, et le pus se fait jour à travers les parois abdominales (6), ou bien il fait issue par l'utérus, la vessie (7) ou le rectum.

(1) Piorry, *Bulletins cliniques de la Faculté de médecine*. Paris, t. I, p. 108.

(2) Bright, *Cyclopedia of practical medicine*, t. III, p. 228.

(3) Négrier, *Recherches sur les ovaires de l'espèce humaine*. Paris, 1840, p. 92 ; *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme*. Paris, 1858.

(4) Velpeau, *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1840, t. XXII, p. 572, article Ovaires.

(5) Seymour, *On diseases of the ovaries*, p. 39.

(6) Murat, d'après un exemple communiqué en 1753 à l'Académie de chirurgie (*Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1819, t. XXXIX, p. 17, article Ovaire).

(7) Denman, *Midwifery*, p. 476. — Montault, *Mémoire sur l'ovarite puerpérale* (*Journal hebdomadaire*, 1834, 6e année, vol. I, p. 413).

Ce fut le cas d'une nonne qui n'avait jamais été réglée, comme l'autopsie le démontra (1), Boivin et Dugès rapportent des cas semblables. Il peut arriver encore que l'ovaire descende dans le bassin et fasse saillie entre le vagin et le rectum, et l'abcès s'ouvre dans l'une ou l'autre de ces deux cavités. On a dit aussi que le pus s'écoulait quelquefois par la trompe jusque dans l'utérus (2). On a rarement trouvé du pus dans les veines ovariques et dans les lymphatiques.

VI. *Gangrène.* — La maladie peut aussi se terminer par gangrène (3), le fait est rare, et en tous cas, l'autopsie seule permettra de reconnaître cette terminaison.

VII. *Mélanose.* — Dans bien des cas, la mélanose de l'ovaire n'est autre chose que l'exsudation d'une certaine quantité de sang dans le tissu de l'organe. Il est des circonstances où ces congestions sanguines peuvent avoir une gravité très-grande, elles sont alors rapides et violentes, elles ont le caractère d'une apoplexie hémorrhagique (4).

VIII. *États morbides divers.* — On ne peut nier que l'inflammation puisse concourir à donner lieu à d'autres états morbides, à des kystes séreux par exemple, à des kystes hydatiques, à des tumeurs fibreuses, cartilagineuses ou osseuses, à un encéphaloïde, etc.

§ IX. — Traitement.

I. *Inflammation aiguë.* — Si la malade est atteinte de fièvre puerpérale, les remèdes dirigés contre l'affection utérine ou péritonéale conviendront parfaitement à la maladie de l'ovaire. On emploiera un traitement antiphlogistique énergique, la saignée, les sangsues sur la région iliaque, dans l'aine, à l'anus ou aux grandes lèvres, l'application de cataplasmes émollients, le calomel associé à l'opium rendront d'incontestables services, on conseillera avec avantage des injections émollientes, des lavements, et la malade sera mise à une diète modérée et tenue dans un repos absolu. Une application judicieuse de ces remèdes, surtout dans l'ovarite aiguë, soulagera rapidement la malade. Il faut surveiller attentivement la marche de la maladie et se mettre en mesure de parer aussitôt à toutes les complications.

Si l'on constate la présence du pus à la région iliaque ou dans l'aine, il faut lui donner issue, mais il faut attendre qu'il se soit établi des adhérences entre l'ovaire et le péritoine. Alors il faudra pratiquer une ouverture soit par le bistouri soit par la potasse. Martin Solon (1) préfère le

(1) *Mém. de l'Acad. des sciences,* 1700, obs. V.
(2) Chambon, *Traité des maladies des femmes.* Paris, an VII.
(3) Th. Bonet, *Sepulcretum,* Genève, 1679, lib. III, sect. XXXIII, p. 1330.
(4) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. II.
(5) Martin Solon, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1834, t. XII, art. Ovarite.

caustique parce qu'il tend à produire des adhérences pendant la formation de l'eschare au centre de laquelle on peut pratiquer une ponction, si l'on sent la saillie de l'abcès à travers le vagin, on pourra donner issue au pus par cette voie, au moyen d'un bistouri ou d'un trocart. Dans un cas, publié par Martin Solon et observé à l'hôpital Beaujon, le pus fut résorbé alors qu'il songeait à ponctionner le kyste. Contre la gangrène on se servira des antiseptiques et des chlorures à l'intérieur et des vésicatoires extérieurement.

II. *Inflammation chronique.* — Les antiphlogistiques n'auront aucune utilité, il faudra avoir recours à des révulsifs, à des sétons, à des moxas, etc.

On se trouvera quelquefois bien des frictions iodées ou mercurielles, on a aussi employé avec avantage de petites doses répétées de calomel et la salsepareille. Il faudra surveiller l'état général, conseiller une nourriture modérée et un peu d'exercice en plein air.

On aura quelquefois recours aux eaux minérales.

[Les eaux bicarbonatées ou chlorurées sodiques réussissent habituellement à opérer la résolution. On observe de pareils résultats à Vichy, à Bourbonne, à Kissingen, etc. (1).]

Si ces moyens échouent, on a conseillé l'extirpation de l'ovaire : mais personne, je crois, n'a été assez osé en pareil cas pour pratiquer cette opération.

CHAPITRE III

HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE (2)

On donne ce nom à une accumulation de liquide dans l'ovaire, accumulation qui se trouve renfermée dans une ou plusieurs cellules ou kystes. C'est une affection qui se développe toujours lentement.

(1) Voyez Durand-Fardel, Lebret et Lefort, *Dictionnaire des eaux minérales.* Paris, 1860, t. II, p. 487, article Ovaire.

(2) Bibliographie : Dubreuil, *Rech. anat. path. sur l'hydropisie des ovaires* (*Journ. hebd.*, 1833, n° 22). — Blasius, *Comment. de hydrope ovariorum profluente.* Halle, 1834. — Hamilton, *Pract. obs. on various subjects relating to Midwif.* Edinb., 1836. — Truckmuller, *Beitrag zur Lehre des Hydrops Ovarii* (*Græfe's und Walther's Journ.*, t. XXI, Heft. 4). — Fuchs, *Ein Beitrag zur Nosologie der Ovarien* (*Hannov. Annal.*, Bd. III, Heft. 2). — Cazeaux, *Des kystes de l'ovaire*, thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1844. — Bennet, *Pathol and clin. Remarks on the Dropsy of Ovaries* (*Edinb. Journal*, avril 1846). — Th. S. Lee, *On tumours of the Uterus and its appendages.* London, 1847. — *Schmidt's Jahrb.*, 1847, Bd. III, p. 305. — Buhring, *Die Heilung der Eierstockgeschwülste.* Berlin, 1848. — Virchow, *Das Eierstockcolloid.* (*Vhdl. d. Ges. f. Geblsk*, Bd. VIII, p. 197). — Filt, *On the rise, progress and various terminations of chronic ovarian tumours* (*London Gaz.*, janv. et seq. 1851). —

§ I. — Fréquence.

Elle est rare pendant la première période de la vie des femmes, bien qu'on en ait quelques exemples, mais elle devient assez fréquente après l'époque de la cessation des règles. Dans la vieillesse, les femmes paraissent être à l'abri de cette maladie. Il semble que les femmes qui ont eu des enfants y soient plus exposées que les autres, et que la constitution scrofuleuse soit aussi une prédisposition.

§ II. — Pathologie.

Beaucoup d'auteurs regardent cette maladie comme une hydropisie des vésicules de de Graaf, ils admettent que le point de départ est l'inflammation de la membrane muqueuse. Burns (1) combat le terme d'*hydropisie de l'ovaire*, s'appuyant sur ce fait qu'il n'y a pas augmentation d'une sécrétion ni d'une exhalation séreuse et qu'il s'agit de ce qu'on a appelé, peut-être à tort, un *kyste sarcomateux :* cette tumeur est produite par une altération dans la structure des tissus et par la formation de plusieurs kystes qui contiennent un fluide quelquefois aqueux, généralement visqueux, traversé par des fibres celluleuses, ou par une substance indurée, en masse plus ou moins considérable.

Ledran (2) affirme que l'hydropisie succède toujours à un squirrhe de l'ovaire, mais ce fait est nié complétement par William Shulter et par Burns.

La quantité de fluide varie beaucoup : il peut n'y en avoir que quelques onces, il peut n'y en avoir plusieurs litres (3), Morand (4) a retiré en

Pagenstecher, *Einige Bemerk. über das Eierstockcolloïd*, etc. (*Monatschr.*, Bd. III, Heft. 2). — Kilian, *Einige Bemerk. über das Eierstockcolloïd*, etc. (*Monatschr.*, Bd. III, Heft. 2). — Kiwisch, *Klin. Vorträge*, Bd. II, 2te Aufl., p. 76 et 77. — Bird, *Diagnosis, pathology and treatment of ovarian tumours* (*Med. Times*, juillet 1851). — Simpson, *Obstetric Memoirs*, etc. Edinb., 1855, t. I, p. 247-280. — Rokitansky, *Wochenbl. d. Ztschr. d. Ges. d. AErzte zu Wien*, 1855, n° 1. — Discussion sur les kystes ovariques (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1855-1856, t. XXI, p. 583 ; 1856-1857, t. XXII, p. 20 et suiv.), à laquelle ont pris part MM. Barth, Malgaigne, Moreau, Huguier, Cazeaux, Velpeau, Trousseau, Jobert, Piorry, Cruveilhier, Robert, J. Guérin, etc. — Kœberlé, *Résultats statistiques de l'ovariotomie*. 1868. — Péan, *Ovariotomie*. Paris, 1869. — L. Gallez, *Histoire des kystes de l'ovaire*. Bruxelles, 1873. — Spencer Wells, *Maladies des ovaires, leur diagnostic et leur traitement*. London, 1872.

(1) Burns, *The Principles of Midwifery*, 10e édition. London, 1843, p. 150.

(2) Ledran, *Hydropisie enkystée attaquée par une opération* (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*. Paris, 1753, t. II, p. 440).

(3) Blundell, *On diseases of women*, p. 105. — Thomas Chevallier, *A remarquable case of ovarian Dropsy* (*Medico-chir. Transactions*, 3e édition. London, 1816, t. III, p. 40). — Ch. Thomas, *On extraordinary case of ovarian Dropsy* (*Med. chir. Transact.* London, 1827, vol. XIII, p, 330). — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II. p. 525. — Davis's, *Obstetric medic.*, vol. II, p. 768.

(4) Morand, *Mémoires de l'Acad. de chirurgie*. Paris, 1753, vol. II, p. 455.

dix mois d'un seul kyste 427 pintes de liquide; Martineau (1) a retiré d'un seul kyste en un an, 495 pintes et sur la même malade en vingt-cinq ans, il a retiré après quatre-vingts opérations 6631 pintes. Une dame fut ponctionnée vingt-huit fois par Portal; une autre dame fut ponctionnée quarante-neuf fois par Ford qui retira 2649 pintes. J'ai retiré moi-même 140 pintes de liquide sur une seule malade. La quantité de liquide n'est limitée que par le degré de distensibilité de l'ovaire : une fois évacué il se reproduit avec une incroyable rapidité, au point de remplir le sac en très-peu de temps. La qualité du fluide varie beaucoup. Rees (2) l'a examiné dans plusieurs cas; il a trouvé de l'albumine, de la matière grasse, des sels alcalins et chlorurés, du sulfate de soude, des matières extractives, etc. Le sac peut contenir des matières tout à fait liquides, ou bien des viscosités épaisses comme de la gelée, ou une matière plus concentrée. Quand il y a plusieurs cellules, chacune d'elles peut renfermer un liquide différent. On a dit qu'à la suite des ponctions, le liquide devient plus épais. Il n'en est pas cependant toujours ainsi. Il est difficile sinon impossible de s'assurer par le palper abdominal de la consistance du liquide. La fluctuation peut être plus ou moins obscure, mais l'on ne peut s'appuyer sur ce symptôme à cause de la densité des parois de l'ovaire et du degré variable de distension.

Le liquide est généralement jaunâtre, il peut être d'un brun foncé ou même noir, et la transparence diminue en proportion. Le liquide peut être clair, jaunâtre dans les petits kystes; clair et transparent avec la consistance de la gelée dans les plus grands kystes; il est quelquefois mélangé avec du sang liquide ou coagulé, avec des hydatides, du pus, des substances charnues analogues aux débris du placenta avec des membranes, des cheveux (3) ou des parties osseuses. Dans un même kyste, il peut varier suivant les places comme couleur, comme consistance et comme nature (4).

Julia Fontenelle (5) s'est assuré par l'analyse que sur 8 litres un quart

(1) Martineau, *Philos. Transact.*, 1784, t. LXXIV, p. 471.

(2) Rees, *Guy's Hospital Reports*, vol. VI, p. 209.

(3) J. Bauhinus apud Theoph. Bonetum, *Sepulchretum*, lib. III, sect. 33, observat. 4, nº 6, et apud J. Schenckium, lib IV, observat. 116. — C. Bauhinus, *Anatomia*, lib. I, cap. XXXI, et apud Hercul. Saxoniam, *D. Plica*, cap. XII. — Guillelmus Fabricius Hildanus, *Observ. chirurg.*, cent. V, observat. 48. — Gregorius Horstius, *Observ. medic.*, lib. IV, observ. 53. — Daniel Sennertus, lib. IV, part. I, sect. II, cap. XX. — Johannes Rhodius, *Observat.*, centur. III, observ. 44. *Acad. des sciences*, 1743, p. 82. — Cornelius Stalpart Vander Weil, *Observat. rariorum*, centur. post. observ. 6. — Stephanus Blancardus, *Anat. pract.*, centur. II, observ. 27. — Augustinus Buddeus, *Miscellan*, Berolini, centur. II, p. 16. — Martinus Naboth, *Dissertat. de sterilitate*, cap. II. — Jacques Yonge, *Trans. philosoph.*; 1707, nº 309, art. 6. — Polycarpius Gottlieb Schacher, in *Commercio litterario Norimbergensi*, 1736, p. 103, et in *Dissertatione de ovarii tumore piloso*. Lipsiæ, 1735, t. IV, collect. Halbrianæ.

(4) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 165.

(5) Julia Fontenelle, *Analyse de quelques substances contenues dans les ovaires, dans certains états morbides* (*Arch. de médecine*. Paris, 1824, t. IV, p. 257). — Comparez O. Henry, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1838-1839, t. III, p. 914.

de liquide brun et bourbeux, il y avait 6 grammes de fibrine, 97 grammes d'albumine, 34 grammes de gélatine, un peu de phosphate et d'hydrochlorate de soude. Dans un cas, après une première ponction, la sécrétion ordinaire fut mélangée avec une quantité abondante de sang liquide.

Fig. 195. Kyste ovarique contenant des cheveux, de la matière grasse, du tissu adipeux, des glandes sébacées, des follicules pileux, etc. (*).

J'ai rencontré ce fait trois fois, et les trois fois la malade mourut. Cruveilhier a trouvé quelquefois dans des cellules de petites agglomérations de cholestérine (1), mais le contenu de ces sacs n'est pas toujours à l'état liquide. On trouve quelquefois des hydatides (2) une substance charnue, semblable à des débris de placenta. On rencontre encore souvent des tis-

(1) Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Ovaire. Paris, 1834, t. XII, p. 413; *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1856, t. III.

(2) *Mémoire de l'Académie royale des sciences*, 1771. — *Acta Berolinensia*, t. VII, p. 76. — Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 521. — C. Hawkins, *General Remarks on the Hydatids generated in human body* (*Med. chir. Trans.*, t. XVIII, p. 141). — Rose, *Generation and Pathology of Hydatids* (*Medico-chirurgical Trans.*, vol. XXXI, p. 233). — Basset, *Bulletins de la Société anatomique*, 1828. — P. Dubois et Boivin, *Revue médicale*, 1838. — Charcot, *Kystes hydatiques du petit bassin* (*Memoires de la Société de biologie*, 1852, t. IV, p. 101).

(*) D'après Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*. Livraison XVIII.

sus plus extraordinaires, tels que cheveux (1) (fig. 195), dents (2), etc. La seule explication rationnelle que l'on puisse donner de la présence de ces tissus, c'est que deux germes ont pu se trouver renfermés dans la même vésicule, et tandis que l'une devient le siége d'une hydropisie, l'autre se développe partiellement. Lee ne considère pas ces productions singulières comme liées avec la conception. Ce sont pour lui des exemples de cette monstruosité décrite par Olivier et Breschet, sous le nom de *diplogenèses par pénétration*.

Suivant Cruveilhier (3), les kystes doivent être divisés sous le rapport de la disposition de la poche en :

« 1° *Kystes ovariques uniloculaires.* — L'ovaire est converti en une poche fibreuse, ou plus exactement en une poche fibro-séreuse très-résistante, qui atteint quelquefois le volume de l'utérus au dernier mois de la grossesse et même davantage.

« 2° *Kystes ovariques multiloculaires.* — Ils sont constitués par un nombre plus ou moins considérable de poches distinctes sans communication aucune les unes avec les autres : ces kystes présentent, d'ailleurs, beaucoup de variétés. La disposition la plus ordinaire est celle dans laquelle il existe un kyste principal et plusieurs kystes secondaires. Il est rare de rencontrer plusieurs kystes d'un volume à peu près égal.

« 3° *Kystes ovariques aréolaires* ou *vésiculaires.* — L'ovaire est transformé en une masse aréolaire, à mailles ou vésicules de capacités très-diverses, communiquant les unes avec les autres, et remplies par une matière filante comme le blanc d'œuf, ou de la consistance du miel ou bien encore de celle de la gelée.

« 4° *Kystes ovariques composés.* — Il y a association d'un kyste uniloculaire ou d'un kyste multiloculaire avec l'espèce aréolaire ou vésiculaire. On peut dire, d'une manière générale, que dans tous les cas où existe du tissu aréolaire ou vésiculaire, le liquide du kyste uniloculaire ou des kystes multiloculaires participe de la nature du liquide du tissu aréolaire, et par conséquent est toujours visqueux. Il arrive quelquefois que la partie uniloculaire ou mutiloculaire du kyste est complétement distincte de la partie aréolaire ou vésiculaire. »

(1) Anderson, *Edinburgh med. and surgical Journ.*, vol. II, p. 180. — Abernethy, *On a diseases of the Ovary* (*Med. chir. Trans.*, 3e édition. London, 1815, vol. I, p. 35). — *Cyclop. of pract. med.*, art. DISEASES OF THE OVARIA. — Paul Marshall, *Journal complémentaire*, t. XXXV, p. 183. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, livr. XVIII, Paris, 1832. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique.* Paris, 1857, t. I, p. 260 et suiv., planches XXXVI à XXXVIII.

(2) Delpech, *Chirurgie clinique*, t. II, p. 321. — Kohlrausch, *Ueber den Bau der Haar und zahnhaltigen Cysten des Eierstocks* (*Muller's Archiv*, 1843, Heft. 4).

(3) [Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique.* Paris, 1856, t. III, p. 308. — M. Cruveilhier avait précédemment adopté une classification un peu différente (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1834, t. XII, p. 412, art. OVAIRES, et *Anatomie pathologique*, avec planches, 5e livr., p. iii). Nous avons préféré citer ce que l'on peut considérer comme la dernière et la plus parfaite expression de la pensée du savant professeur de la faculté de médecine de Paris.]

Au début de la maladie, ce liquide peut paraître contenu dans une seule vésicule, mais il y a plusieurs loges internes, et en réalité ces kystes sont multiloculaires. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, le liquide occupe une seule grande cavité, et, bien qu'il y ait en même temps d'autres petits kystes, ceux-ci communiquent entre eux, et pratiquement on a affaire à un kyste uniloculaire. Quand il y a plusieurs cellules, elles peuvent ou non communiquer entre elles. C'est un grand avantage quand il en est ainsi parce qu'une seule ponction permet à tout ce liquide de s'écouler (fig. 196), absolument comme s'il n'y avait qu'un sac unique.

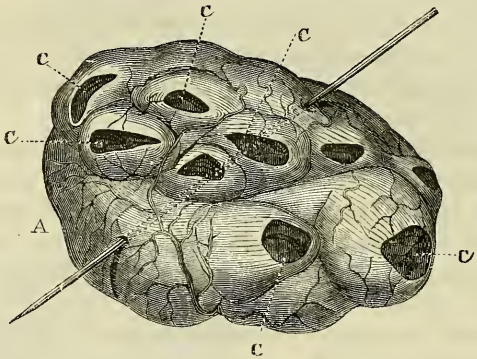


Fig. 196. — Hydropisie enkystée de l'ovaire (*).

Cline montrait une préparation de kyste qui prouvait qu'une seule ponction pouvait vider toute la tumeur. Mais ce fait est le seul de ce genre que je connaisse, et dans la plupart des kystes ovariens, il arrive le plus souvent, au moins neuf fois sur dix, et souvent plus, que les cellules ne communiquent pas, et une seule ponction ne produit qu'un soulagement partiel (1).

Si l'on examine l'intérieur d'un kyste, on voit que la surface interne est unie et a l'apparence d'une membrane séreuse : quelquefois elle est recouverte d'excroissances irrégulières, comparées par Burns aux cotylédons de l'utérus. Les excroissances peuvent devenir très-gênantes, quand on cherche à déterminer l'adhérence des parois par une inflammation artificielle. Chaque kyste est, dit-on, formé par trois membranes, la membrane interne et la membrane externe sont séreuses, la membrane intermédiaire est fibreuse. L'épaisseur des parois est très-variable : quelquefois elles sont aussi minces qu'une feuille de papier, d'autres fois elles ont 1 pouce d'épaisseur. Cette épaisseur considérable peut tenir à l'hypertrophie natu-

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 105.

(*) A, grand kyste de l'ovaire à travers lequel on a passé un stylet; C, C, C, petits kystes d'abord indépendants les uns des autres, plus tard communiquants ensemble (d'après une pièce déposée au musée Dupuytren, n° 409).

relle des parois ou à l'accumulation de tissus étrangers. Cette hydropisie, la plus ordinaire de toutes les hydropisies enkystées, est souvent compliquée par l'une des maladies que nous avons déjà décrites. Ainsi les parois peuvent être squirrheures, stéatomateuses. En pareil cas, le kyste vide pourrait peser de 14 à 20 et même 27 livres. Le kyste simple est toujours fibreux. Il peut être quelquefois musculaire et réticulé : il est d'une coloration d'un gris blanchâtre et en pareil cas chez les différentes personnes, il varie notablement comme épaisseur de parois.

L'ovaire, ou ce qui en reste, paraît comme une sorte de nœud sur l'une des parois du sac. Quelquefois ces nœuds deviennent comme cartilagineux ou même osseux. Le péritoine recouvre extérieurement toutes ces parties, et très-souvent des vaisseaux nombreux et hypertrophiés sont répandus à la surface de tumeurs, soit dans toute leur étendue, soit seulement sur un point. Ce sont, suivant Cruveilhier, surtout des sinus : suivant Delpech, au contraire, ce sont les artères; il dit les avoir disséqués avec soin et avoir trouvé des parois de vaisseaux de l'épaisseur du petit doigt (1).

Hodgkin (2) a insisté sur ces détails anatomiques. Il admet trois espèces de kystes : 1° l'une dont les parois présentent le singulier caractère de produire de nouveaux kystes semblables aux premiers; 2° les kystes qui ont des pédicules très-minces ; 3° ceux qui ont des bases larges et étendues. La description qu'il donne est trop longue pour être citée, mais mérite d'être consultée. Blundell et d'autres auteurs parlent de squirrhes venant compliquer l'hydropisie de l'ovaire. Jones et Sieveking (3) disent que les kystes congénitaux sont dès cellules granuleuses, de formes circulaires, avec des parois bien accusées remplies de liquide. Ces parois ont une épaisseur de 3 à 7/10,000^{es} de pouce : elles sont incolores et renferment un nucléole plus ou moins granuleux ; elles renferment aussi des corpuscules qui sont identiques avec ceux du sang, bien qu'ils ne soient pas renfermés dans des vaisseaux. Les parois du kyste sont formées par un tissu fibreux très-mince, recouvert de cellules très-délicates. Quelquefois on voit de larges sinus serpenter à la surface de la tumeur : mais ce n'est pas le cas général. On voit quelquefois les pulsations des artères, et dans un cas, j'ai pu distinguer *un bruit de soufflet* très-distinct, analogue au *soufflet placentaire*.

Outre le liquide contenu dans les cellules, on voit presque toujours, surtout à la racine de la tumeur, une certaine quantité de matière solide, et cette matière solide peut aller en augmentant, jusqu'à former une grande partie de la tumeur et diminuer sérieusement la capacité du kyste.

(1) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 523. — Hooper, *Morbid Anatomy of the Human uterus*, pl. XX.

(2) Hodgkin, *On the anatomical caracters of some adventitious structures* (*Medico-chirurg. Trans*. London, 1829, vol. XV, part. II, p. 275).

(3) Jones and Sieveking, *Pathological Anatomy*, p. 705.

Les rapports de l'ovaire malade avec les organes voisins peuvent, au point de vue pratique, devenir importants à étudier. Dans quelques cas, il reste libre de toute adhérence, mais quand la malade a été ponctionnée souvent, il est très-ordinaire de voir des adhérences se former. Si la maladie ne s'est pas compliquée d'inflammation, il arrive quelquefois que les adhérences sont très-légères, de sorte que l'on peut enlever toute la masse à la fois. Nous verrons plus tard que la cure radicale de la maladie dépend beaucoup de l'absence d'adhérences.

L'hydropisie peut atteindre les deux ovaires (1) ou seulement un seul; mais il est rare qu'elle soit au même point des deux côtés. Un des ovaires peut remplir tout l'abdomen, tandis que l'autre n'est pas plus volumineux qu'une orange.

§ III. — Causes.

Il est souvent très-difficile de déterminer la cause d'une semblable maladie : ces organes sont peu exposés aux causes ordinaires d'irritation, étant protégés par les os du bassin, et souvent l'on se perd dans les recherches. Tantôt l'hydropisie des ovaires coïncide avec maladie de la matrice, tantôt avec la suppression des règles, tantôt avec la leucorrhée. Elle a été attribuée aux accidents éprouvés pendant le travail, ou bien à des émotions violentes, à des coups, des chutes, au froid, etc. Nauche (2) la regarde comme une affection constitutionnelle, comme le résultat d'une diathèse scrofuleuse; tandis que Capuron (3) l'attribue au célibat, à la stérilité et à la vieillesse. Les restes de placenta, les dents, les cheveux ont été rapportés à une fausse conception : mais il y a beaucoup de circonstances qui restent inexpliquées avec cette théorie.

§ IV. — Symptômes.

Pendant plusieurs mois, ou pendant plusieurs années, une fois la maladie commencée, l'ovaire reste dans la cavité du bassin : mais une fois arrivé à un certain développement, ainsi qu'il arrive pour l'utérus dans la grossesse, l'ovaire passe dans la cavité abdominale. Maintenant il est très-évident que non-seulement les symptômes généraux varieront, mais que les symptômes mécaniques résultant de la compression sur les organes pelviens seront très-différents une fois que la tumeur occupe l'abdomen. Dans l'un ou l'autre cas, ils peuvent se diviser en ceux qui tiennent à la compression mécanique, à une irritation réflexe, et ceux qui tiennent à la maladie elle-même de l'ovaire. L'intensité des premiers symptômes est

(1) Osiander, *Newe Denkwürdigkeiten*, 1799, t. II. — Joerden, *Hufeland's Journal*, t. II.

(2) Nauche, *Des maladies propres aux femmes*. Paris, 1829.

(3) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 178.

en proportion du développement de la tumeur, et ils peuvent exister, que la tumeur soit dans le bassin ou dans l'abdomen : les seconds symptômes sont en raison du degré avancé de la maladie.

Voyons d'abord les symptômes les plus saillants quand la tumeur est dans le bassin. Ils sont d'abord très-trompeurs.

La malade accuse une pesanteur considérable dans le bassin, sans douleur réelle : et comme on voit souvent du même coup les règles se supprimer, les seins se développer et devenir douloureux (1), quelquefois même une secrétion de lait s'établir, la malade se croit enceinte, comme au début d'une grossesse, elle éprouve le matin en se levant des malaises. Dans un cas rapporté par Vater (2) la malade avait tous les symptômes d'une grossesse : elle perdait du lait et croyait même sentir remuer : le ventre continua à se développer au delà de l'époque finie, et elle était malade depuis trois ans et demi quand elle mourut. L'abdomen contenait une quantité considérable de liquide, et l'ovaire droit fut trouvé être aussi volumineux qu'une tête d'homme, et rempli de matière purulente. L'utérus était sain, mais en prolapsus, et l'urctère était distendu par la pression. Ce n'était pas une grossesse extra-utérine, dit Burns (3), qui rapporte le fait, car l'ovaire était divisé en cellules, et ne renfermait pas trace de fœtus.

A mesure que la tumeur se développe, elle augmente de poids et s'accompagne de dyssenterie, de constipation et d'hémorrhoïdes. La pression sur le rectum empêche le passage des matières intestinales, et par là facilite la distension des intestins et aussi la dilatation des uretères. Dans un cas, dit Robert Lee, que j'ai eu dernièrement à suivre à l'infirmerie de Marylebone, un kyste de l'ovaire s'étant engagé entre la vessie et le rectum, produisit tous les symptômes d'un rétrécissement du rectum. Chez une dame que je soigne en ce moment, la présence d'un kyste de l'ovaire dans le bassin empêche la vessie de se vider sans l'emploi d'un cathéter (4). La malade accuse aussi une sensation très-pénible dans les reins.

A l'examen, on trouve une tumeur entre le vagin et le rectum, et si les parois sont minces, on sent de la fluctuation. L'orifice utérin peut être à sa place normale, un peu abaissé ou un peu élevé, repoussé d'un côté ou autre, suivant le siége ou la dimension de la tumeur qui n'est pas, d'ailleurs, sensible à la pression.

En introduisant le doigt dans le rectum au-dessus de la tumeur, on

(1) M. Robert dit que c'est ordinairement le sein du côté de l'ovaire malade qui se développe.

(2) Vater, in Haller, *Disp. med.*, t. IV, p. 40.

(3) Burns, *The principles of midwifery*. London, 1848, p. 152, note. — Ogden, *London, medical Gazette*, janvier 1840.

(4) Robert Lee, *Cyclopedia of pract. med.*, art. DISEASES OF THE OVARIA. — Burns, *The principles of midwifery*, p. 155.

rencontre le col de l'utérus qu'il est facile de distinguer de l'ovaire hypertrophié. Cette distinction est importante à faire comme diagnostic, autrement l'on pourrait croire à une rétroversion de l'utérus. Il est encore facile de reconnaître si les deux ovaires sont malades ou s'il n'y en a qu'un.

Mais si l'on ne voit la malade que quand l'ovaire est remonté dans l'abdomen, les symptômes sont différents. Il n'y a plus de pesanteur dans le bassin, et la constipation peut avoir disparu. Au lieu de la difficulté pour uriner, la malade se plaint d'incontinence ; des hémorrhoïdes peuvent se produire et l'une ou l'autre jambe devient œdémateuse. A mesure que la tumeur se développe, elle comprime plus ou moins les intestins, l'estomac, le foie; elle distend le diaphragme, trouble les fonctions de l'estomac et donne lieu à des palpitations, de la dyspnée, etc. Quelquefois la quantité d'urine est diminuée, dans d'autres cas elle reste la même. Dans un fait rapporté par Portal (1), les uretères et les reins étaient comprimés, et l'urine ne pouvait sortir. Une fois la ponction faite, l'urine s'écoula librement dans la vessie. [[Quand la tumeur a acquis un assez grand développement, l'abdomen est déformé, considérablement augmenté de volume sa circonférence peut meurer jusqu'à $1^m,30$ et $1^m,50$.]]

Le repos forcé auquel la malade est condamnée vient troubler sa santé générale. Les irritations réflexes que nous avons signalées peuvent persister longtemps. Ainsi les seins continuent à être volumineux et sensibles, ils sécrètent un liquide clair semblable à du lait. Les fonctions génitales ne sont pas toujours empêchées; j'ai vu des cas de grossesse coïncidant avec l'hydropisie de l'ovaire (2). Si la tumeur est remontée dans l'abdomen, la parturition est possible ; sinon elle peut être entravée, et la vie de la malade sera plus ou moins compromise.

La menstruation est quelquefois régulière, parfois interrompue ou totalement supprimée. Seymour (3) dit que quand les deux ovaires sont malades les règles manquent toujours.

Dès qu'une tumeur apparaît au-dessus du bassin, on peut toujours la reconnaître; d'ailleurs elle s'incline vers l'une des fosses iliaques; elle reste stationnaire pour un temps, puis elle se développe toujours plus inclinée d'un côté que de l'autre et remplissant de préférence la partie inférieure de l'abdomen. On peut, par la palpation abdominale, reconnaître si la surface est lisse ou accidentée et, si les parois sont minces, on perçoit de la fluctuation. Jusqu'à ce que la tumeur soit volumineuse, ce signe est obscur.

[[La fluctuation qui doit être recherchée avec soin est tantôt facile à

(1) Portal, *Cours d'anatomie médicale*. Paris, 1804, t. V, p. 549.

(2) Thomas Hewlett, *Case of extensive ovarian disease complicated With pregnancy* (*Med. chir. Trans.* London, 1832, vol. XVII, p. 226). — Hamilton, *Practical obs.* Edinburgh, 1836, part. I, p. 71.

(3) Seymour, *On diseases of the ovaria.*

percevoir, tantôt, au contraire, à peine sensible, quand le liquide est albumineux ou renferme des matières grasses. Dans certains cas, elle est nulle, et le kyste présente une dureté très-grande.

La fluctuation est perçue sur toute la surface de la tumeur, quand le kyste est uniloculaire, ou bien sur des points limités quand il est cloisonné.

Quand le kyste est uniloculaire, on perçoit assez facilement ce que M. Cruveilhier a appelé le *choc par contre-coup*, que l'on produit à l'aide d'une percussion rapide et légère comme une chiquenaude, sur un point opposé à la main placée à plat sur la surface du kyste.

La percussion présente également des caractères qu'il est important de connaître. Il existe de la matité dans toute l'étendue de la tumeur; cette matité ne se déplace pas sensiblement dans les changements de position qu'on fait subir à la malade. Il existe de la sonorité au-dessus de la tumeur et vers les régions iliaques, points ordinairement occupés par les intestins refoulés. La matité présente une courbe à concavité inférieure à moins qu'il n'y ait complication d'ascite. Quelquefois la tumeur ne présente pas de matité dans toute son étendue, et il existe un point de sonorité qui est due alors à l'interposition de quelques anses intestinales adhérentes entre elle et la paroi abdominale. D'autres fois la tumeur présente de la sonorité quand il y a putréfaction et décomposition du contenu du kyste, ou quand il y a communication entre elle et le canal intestinal.]]

Par le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus est plus haut que dans l'état normal, excepté toutefois à une période avancée de la maladie où l'utérus se trouve déprimé ou même en prolapsus. La pression exercée sur le col utérin ne communique aucun choc à l'autre main placée sur l'abdomen.

[[D'après Boinet, le col utérin est toujours rejeté du côté opposé au kyste.]]

Ainsi que je l'ai déjà dit, la santé générale reste bonne pendant un temps assez long. Elle se dérange plus tard et l'on arrive à la troisième classe des symptômes. La description de Burns est si nette, que je la cite avec plaisir : « Dans le cours de la maladie, la malade peut avoir des crises de douleurs abdominales avec fièvre, ce qui indique dans la tumeur la production d'une inflammation partielle qui peut se terminer par de la suppuration et produire la fièvre hectique. La crise peut même être plus violente, être accompagnée de vomissements, de sensibilité exagérée du ventre, de fièvre intense, et en peu de temps la terminaison est fatale. Ou bien, il y a des douleurs très-vives qui durent peu de temps, s'accompagnent d'un épuisement momentané, et ces paroxysmes se répètent fréquemment. Dans beaucoup de cas, ces symptômes aigus manquent, et la malade n'éprouve que très-peu de gêne, jusqu'au jour où la tumeur, devenue très-volumineuse, empêche la respiration et produit une sensation péni-

ble de distension. A ce moment, la constitution est épuisée et les accidents d'hydropisie se produisent de toutes parts. Les parois abdominales sont parfois si sensibles que la malade ne peut supporter la moindre pression. Elle s'amaigrit, passe des nuits sans sommeil, elle est prise de fièvre, elle perd l'appétit et meurt au milieu d'une dyspnée intense et de douleurs très-vives (1). »

§ V — Terminaisons.

L'hydropisie enkystée de l'ovaire se développe lentement et peut durer plusieurs années sans amener la mort de la malade, quoique ces cas soient rares. Un kyste peut persister pendant cinquante-huit ans (2).

Sabatier a examiné les corps de plusieurs femmes qui, pendant cinquante ans, avaient porté des tumeurs semblables sans avoir éprouvé de dérangements graves dans leur santé. L'hydropisie de l'ovaire n'est donc pas une maladie qui doive beaucoup alarmer, à moins qu'elle ne soit très-ancienne et très-volumineuse (3).

Cette maladie peut se terminer de plusieurs manières. Malheureusement il est très-rare que la malade guérisse.

1° Dans quelques cas très-rares, la résolution peut survenir; le liquide est résorbé (4).

2° L'inflammation peut se développer dans la membrane séreuse d'enveloppe et donner lieu à la production d'adhérences entre l'ovaire et le petit intestin (5), le côlon, la vessie (6), le vagin (7), etc. L'ovaire s'ouvre quelquefois dans l'un de ces organes, le liquide s'écoule entièrement par cette voie et la malade se trouve guérie pour un temps, quelquefois pour toujours (8).

(1) Burns, *Principles of midwifery*. London, 1843, p. 154.

(2) *Mémoires de l'Académie de chirurgie.* — Camus, *Revue médicale*, 1833. — Pereira, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1841.

(3) Blasius, *Commentatio de hydrope ovarium confluente*, 1834. — H. Larrey, *Kyste pileux de l'ovaire compliqué d'une fistule urinaire vésico-abdominale et d'un calcul dans la vessie* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1846, t. XII, p. 567).

(4) Nauche, *Maladies propres aux femmes*, vol. I, p. 174. — Voyez aussi *Med. Gazette*, 18 juillet 1836. — Helmann, *Siebold's Journal*, t. II, cahier 3.

(5) Seymour, p. 55.

(6) Denman, *Med. and phys. Journal*, t. II, p. 20. — Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 537.

(7) Monro, *Essais et observations de la Société de médecine d'Edimbourg*, Paris, 1840, t. VI, p. 397. — Madame Boivin, *Recherches sur l'avortement*. Paris, 1828, p. 103, 131. — Quand j'étais médecin d'hôpital, une femme nommée Myers se présenta avec un abdomen excessivement développé. Cette distention était, dit-elle, accidentelle. Elle était soulagée par des vomissements et des selles abondantes d'eau. Je ne doute pas que dans ce cas l'hydropisie ne fût ovarienne, et suivant toute probabilité le kyste s'ouvrait dans les intestins par ulcération ou rupture, ce qui formait une sorte de ponction naturelle. (Blundell, *On diseases of women*, p. 122.)

(8) Denman, *Midwifery*, p. 84. — Seymour, *Illustrations of diseases of the ovaria*, p. 52.

[Chéreau a réuni 70 cas de ruptures de kystes de l'ovaire. L'évacuation du liquide s'est faite par des voies différentes : péritoine, vessie, utérus, vagin, et enfin à travers les parois abdominales. Quelques malades ont succombé rapidement, d'autres ont guéri définitivement, un certain nombre, enfin, sont restées dans le *statu quo*.]

J'ai vu à l'hôpital des Incurables plusieurs malades qui obtenaient de temps en temps un soulagement de cette manière. Souvent ces adhérences changent la position et les rapports des viscères; quelquefois le kyste s'ouvre extérieurement par l'ombilic (1) ou la région lombaire,

3° Adolphe Richard (2) a rapporté cinq observations d'une communication qui s'était établie entre l'ovaire et la trompe de Fallope : le liquide s'écoulait par cette voie, comme dans les cas de Morgagni (3), de Frank (4), de Follin, de Boivin et Dugès (5), dans lesquels le liquide fut plusieurs fois évacué de cette manière.

4° L'inflammation peut attaquer l'ovaire et entraîner la mort soit rapidement, soit par suite de la formation de pus (6). Cela arrive fréquemment quand la malade a été ponctionnée.

5° Les parois de l'ovaire peuvent se rompre et le liquide se répandre dans le péritoine, ce qui entraîne la mort par inflammation (7). Dans quelques cas rares, le sac s'oblitère (8). Simpson dit que quand le liquide est simplement de l'hydropisie, il ne donne pas lieu à de la péritonite; mais que dans les cas où il y a eu inflammation, le liquide est irritant et peut donner lieu à la péritonite; mais j'ai vu souvent des exceptions à cette règle.

§ VI. — Diagnostic.

Quand la tumeur est renfermée dans le bassin, le diagnostic doit être fait :

I. *Avec la rétroversion de l'utérus.* — Par le développement lent, le peu d'intensité des symptômes. D'ailleurs il y a toujours l'examen par le rectum et avec la sonde utérine.

(1) Seymour, *Illustrations of the diseases of the ovaria.* London, 1830, p. 52 et 53.

(2) Adolphe Richard, *Note sur les kystes tubo-ovariens* (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1855-1856, t. XXII, p. 356 ; *Mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, vol. III, fasc. 2).

(3) Morgagni, *De sedibus et causis morb.*, 2 lett.

(4) Frank, *De curand. morbis hom.*, liv. VI, part. I.

(5) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. II.

(6) Patterson, *Philadelphia med. Examiner*, 16 février 1839. — Davies, *Med. gaz.*, 1839. — Douglas, *Med. gaz.*, 6 décembre 1839. — Crisp, *Ranking's abst.*, vol. II, p. 249.

(7) Dance, *Observations sur plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes* (*Archives générales de médecine*, t. XXI, p. 214). — Boivin, *Recherches sur l'avortement*. Paris, 1828, p. 121.

(8) Addison, *Guy's Hospital Reports*, n° 1, p. 41.

II. *Avec l'hydropisie des trompes de Fallope.* — L'examen attentif par le vagin et le rectum, les symptômes les plus saillants, tels que la pesanteur, la pression sur la partie postérieure, la dysurie, la constipation.

III. *Avec une grossesse au début.* — L'examen fait distinguer l'ovaire du fond de l'utérus; le diagnostic peut être rendu plus difficile par l'existence d'une grossesse et d'une hydropisie enkystée.

IV. *Avec les tumeurs siégeant dans le tissu cellulaire, compris entre le vagin et le rectum.* — La mobilité sert de diagnostic.

Une fois que l'hydropisie enkystée fait saillie dans l'abdomen, il faut établir le diagnostic :

I. *Avec la distension de la vessie* (1). — L'examen par le vagin et avec la sonde éclairera le médecin sur la nature de la maladie.

II. *Avec l'ascite.* — Les limites bien arrêtées de la tumeur, le développement plus marqué d'un côté, l'absence de changement, quand on change la position, une fluctuation obscure distingueront le kyste ovarique de l'ascite.

L'examen par le vagin, qui permet de reconnaître l'élévation de l'utérus, l'examen par le rectum qui fait reconnaître le développement exagéré d'un ovaire. La percussion a ici une grande valeur. Dans l'hydropisie de l'ovaire, la tumeur donne partout un son sourd ; dans l'ascite, à moins que l'abdomen ne soit considérablement distendu, la portion supérieure donne un son relativement clair si la malade est couchée sur le dos ou sur le côté. Les symptômes généraux sont moins marqués dans l'hydropisie de l'ovaire que dans l'ascite (2).

III. *Avec la péritonite chronique.* — L'oscurité du son, la mollesse de l'abdomen, les gaz et les symptômes qui tiennent à l'adhérence des intestins caractérisent suffisamment cette maladie.

IV. *Avec la grossesse.* — La durée de la maladie, les résultats comparatifs de l'auscultation, l'examen vaginal et rectal, servent à éclairer le diagnostic. Il faut se rappeler, cependant, que si la tumeur renferme quelques artères volumineuses, il peut se produire un bruit de souffle qui rappelle fort bien le souffle placentaire. Bouillaud (3) rappelle deux faits semblables : il y avait un bruit de souffle intermittent, qu'il attribue à la compression de quelques artères volumineuses.

V. *Avec la grossesse extra-utérine.* — L'historique de la maladie et l'examen interne et externe suffisent.

VI. *Avec les tumeurs utérines.* — La sonde utérine, le toucher vaginal feront reconnaître la position et la dimension de l'utérus, et les dif-

(1) La vessie distendue a pu être prise pour une hydropisie enkystée ; on a même, en cas de grossesse, ponctionné l'utérus. (Blundell, *Diseases of women*, p. 111.)

(2) Voyez, sur le diagnostic de l'hydropisie avec l'ascite, Rostan, *Nouveau journal de médecine*, 1818.

(3) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841.

férences dans le ballottement communiqué par la percussion sur l'abdomen.

VII. *Avec les affections malignes des ovaires.* — Le développement rapide coïncidant avec des symptômes peu graves sont toujours d'un heureux augure. Dans les affections malignes, la marche est toujours beaucoup plus lente (1).

J. H. Bennet (d'Édimbourg) a proposé l'examen au microscspe du liquide extrait par la paracentèse.

Il y a dans ce liquide des flocons qui ne sont pas formés de lymphe, mais d'une agglomération de cellules dont le diamètre varie de 1/100e à 1/40e de millimètre. Elles sont légèrement granuleuses, rondes ou ovalaires, inaltérables à l'eau, devenant plus transparentes par l'addition d'acide acétique : elles renferment un noyau de 1/100e à 1/40e de millimètre. Les cellules indurées sont enveloppées dans une matière granuleuse que l'on peut facilement rompre. Elles ressemblent à celles qui forment la surface épithéliale de certaines membranes. La surface interne des kystes ovariens est tapissée par une membrane délicate, recouverte par des cellules épithéliales à noyau, identiques avec celles qu'on trouve dans le liquide (2).

§ VII. — Pronostic.

Le pronostic se base sur le diamètre de la tumeur, la durée de la maladie, l'état local et la constitution de la malade.

§ VIII. — Traitement.

I. *Traitement médical.* — Au début, quand la tumeur est encore dans le bassin, on peut essayer d'un traitement palliatif, bien que le résultaten soit fort douteux. On emploiera les diurétiques, les diaphorétiques (3), les purgatifs, des frictions sur l'abdomen. Quelquefois ces moyens ont paru avoir quelque utilité. Mais en général, et c'est là mon opinion, ils n'offrent aucun avantage. Simpson explique l'inutilité de ces moyens par la nature non absorbante des kystes ovariques.

On a essayé une percussion douce, jointe à une compression modérée, et il paraît y avoir eu quelques succès.

Hamilton (4) dit qu'après une expérience de seize années, il a réussi à guérir ou à améliorer un certain nombre de cas, par la compression de l'abdomen, la percussion, l'usage de bains chauds, etc.

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 103.
(2) Bennet, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1er avril 1846, p. 403.
(3) Voyez Herpin, *Union médicale*, 1855.
(4) Hamilton, *Pratical Observations.* Edinburgh, 1836, 1re partie, p. 102, 405, 108.

L'administration du muriate de chaux, joint aux moyens ordinaires, peut améliorer l'état général des malades. On a momentanément obtenu quelque avantage à faire des frictions mercurielles, mais leur emploi prolongé offre des inconvénients sérieux. On s'est servi plus utilement de l'iode, mais les guérisons sont trop douteuses pour qu'on puisse y ajouter beaucoup de confiance. Il faut user de ce médicament avec beaucoup de précautions et seulement en l'absence de tout symptôme inflammatoire.

[Quoi qu'il en soit des demi-succès qu'ont pu donner les moyens médicaux, on peut encore en dire aujourd'hui ce qu'en disait Boyer, c'est-à dire qu'ils n'ont aucun effet pour guérir l'hydropisie enkystée de l'ovaire; mais encore qu'ils sont impuissants à en ralentir la marche, ces modifications peuvent même, dit-il, devenir nuisibles en dérangeant les fonctions digestives.

II. *Incision.* — La chirurgie seule est donc capable de rendre aux malades atteintes de kystes de l'ovaire des services réels, soit en parant momentanément aux accidents immédiats que déterminent les kystes de l'ovaire, lorsqu'ils prennent des proportions considérables, soit en détruisant la cause même du mal. C'était ce qu'avaient déjà compris les chirurgiens du siècle dernier qui, comme Ledran (1), Houston (2), Delaporte (3), Morand (4), Voisin (5), Portal (6), faisaient au kyste ovarique une large incision et voulaient déterminer l'exfoliation du sac. Ce moyen, quoique ayant donné des succès, est abandonné aujourd'hui. [[M. Spencer Wells le considère d'ailleurs comme plus dangereux que l'ovariotomie elle-même (7).]]

III. *Ponction.* — On eut alors recours à la simple ponction qui, très-exceptionnellement, a pu constituer un moyen curatif, mais qui n'est employée aujourd'hui que pour pallier les troubles graves qui surviennent à un moment donné du côté des organes digestifs où respiratoires. Petit-Radel, Ledran, Monro, ont mentionné des cas où la ponction a amené la guérison, mais généralement le soulagement n'est que temporaire.

[Cette opération, comme nous venons de le dire, est toujours un moyen extrême et dont les bénéfices ne sont qu'exceptionnellement durables. Elle ne peut être faite avec avantage que dans des conditions données. Le kyste doit être uniloculaire, le liquide contenu doit être peu épais et limpide.]

Les objections qu'on lui a opposées sont : 1° que la femme peut suc-

(1) Ledran, *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. II, p. 433, 482.
(2) Houston, *Philosophical Transactions*, t. XXXIII, p. 5.
(3) Delaporte, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II, p. 452.
(4) Morand, p. 451.
(5) Voisin, *Recueil périodique*, t. XVII, p. 381 ; *Journal de Sédillot*, t. XLVI, p. 230
(6) Portal, *Cours d'anatomie*, t. II, p. 554.
(7) Spencer Wells, *Diseases of the ovaries, their diagnosis and treatment*. London, 1872.

comber à l'épuisement causé par l'évacuation rapide d'une très-grande quantité de liquide ; 2° il peut survenir une péritonite mortelle ; 3° le sac peut s'enflammer et la mort peut s'ensuivre ; 4° le kyste se remplit si rapidement que l'opération doit être souvent répétée; 5° l'opération peut être inutile si l'on a affaire à des kystes multiloculaires, ou si le liquide est trop épais pour s'écouler par la canule, ou enfin s'il existe des hydatides; 6° elle pourra accélérer la mort, si à l'hydropisie se joint une dégénérescence cancéreuse.

Sur 20 cas, cités par Southam (1), et tirés de sa pratique, de celle des docteurs Bright et Barlow, 14 femmes moururent dans les neuf mois qui suivirent la première opération ; 4 de celles-ci ne survécurent que quelques jours ; sur les 6 autres, 2 moururent en dix-huit mois, et 4 survécurent entre quatre et neuf ans. Il est évident maintenant que la ponction ne prolonge pas la vie en moyenne pendant plus de dix-huit mois et dix-neuf jours, et que sur cinq malades une succombe aux suites de la première opération. Sur 46 cas recueillis par Safford Lee, 37 moururent et 9 se rétablirent; 15 succombèrent un mois environ après l'opération; 17 après deux ans et 5 entre trois et quinze ans après l'opération. Sur 64 cas, publiés par Kiwisch en 1856, 9 moururent le premier jour ; 6 après la seconde ponction ; 15 entre la troisième et la sixième. Il y eut trois améliorations notables et une guérison.

Il ressort de là que sur 109 cas, 46 succombèrent après la première ponction (c'est-à-dire 1 sur 2 1/3), 10 moururent après la seconde opération, 25 entre la troisième et la sixième, 15 entre la septième et la douzième, et 13 survécurent à la douzième.

West établit que sur trente et une femmes qu'il a eu l'occasion de soigner, deux ont succombé à la première ponction et une après la seconde (2). [[M. Spencer Wells (3) pense que la ponction abdominale des kystes est une opération utile et quelquefois curative. Il ne croit pas qu'elle présente les inconvénients qu'on lui a reprochés. La ponction vaginale lui a donné quelques succès, unie au drainage; mais la ponction par le rectum lui paraît dangereuse .]]

Tous ces résultats devront être pris en sérieuse considération avant d'entreprendre cette opération, mais, malgré tout, le désir de prolonger la vie menacée d'une femme doit nous engager à agir.

On placera la malade le plus près possible du bord de son lit, sur un plan horizontal, légèrement inclinée sur le côté malade, et l'opération sera pratiquée tout à fait comme la paracentèse abdominale. On aura le soin de choisir le point culminant de la tumeur, ainsi que le conseille

(1) Southam, *London medical Gazette*, 1834 ; *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1844.

(2) West, *On diseases of women*, part. II, p. 134.

(3) Spencer Wells, *Diseases of the ovaries, their diagnosis and treatment.* London, 1872.

Bright (1). Par la percussion. on se sera assuré qu'il n'y a au-devant de la tumeur aucune portion du tube intestinal. Le trocart enfoncé d'un coup sec devra pénétrer profondément dans le kyste, afin que les parois en se rétractant n'abandonnent pas la canule du trocart. On surveillera l'écoulement du liquide, et si les forces de la malade paraissaient s'épuiser, ou si celle-ci semblait menacée d'une syncope, on arrêterait momentanément l'écoulement du liquide, ou même on ne viderait pas complétement la cavité du kyste.

La main, appuyée sur la cavité abdominale, suivra le retrait des parois,

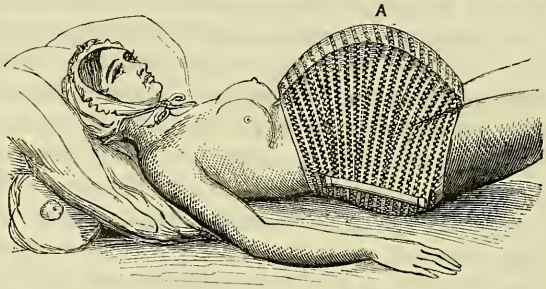


Fig. 197. — Appareil compresseur de caoutchouc de Bourjeaurd.

et un bandage de corps ou un appareil de caoutchouc de Ph. Bourjeaurd (2) sera appliqué autour du ventre (fig. 197) aussitôt l'opération terminée (3).

Ma propre expérience ne m'a jamais montré aucun inconvénient à pratiquer cette opération. Je partage l'avis de Simpson, qui dit qu'elle doit être différée aussi longtemps que l'exige la prudence, puisqu'il est évident que de nouvelles ponctions seront nécessaires à des intervalles de plus en plus rapprochés et qu'enfin la malade succombera évidemment à un long épuisement; on aura soin, avant d'entreprendre une ponction, de s'assurer si la malade n'est pas enceinte; on aura soin également de vider la vessie, car on a cité des cas où l'utérus gravide et la vessie pleine ont été ponctionnés en lieu et place d'un kyste de l'ovaire.

S'il y a plusieurs loges dans le kyste, il est conseillé de faire plusieurs ponctions ou bien, si le liquide est trop visqueux, on a donné le conseil de faire une large incision. Dans quelques cas, on a cru utile de faire la ponction du kyste par le vagin (4), soit à l'aide du lithotome de Demarquay

(1) Bright, *Arch. gén. de méd.*, 1838.

(2) Ph. Bourjeaurd, *Note sur le kyste de l'ovaire* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1856-1857, t. XXII, p. 284). — *Coup d'œil sur l'emploi de la compression par les appareils élastiques* (*Bulletin de thérapeutique*, t. LII, p. 489).

(3) Voyez Bricheteau, *Sur l'utilité de la compression.* (*Arch. gén.*, t. XXVIII, p. 92) — Isaac Brown, *Arch.*, 1845, t. IX, p. 231.

(4) Gallisen, *Systema chirurgiæ hodiernæ*, 1775. — Macarn, in Sabatier, *Med. oper.*, t. I, p. 210. — Delpech, *Journ. gén. de méd.*, 1813. — Arnott, *London med. Gaz.*, mai

(fig. 198), soit, comme le conseille Scanzoni (1), à l'aide d'un trocart d'environ 27 centimètres de longueur (fig. 199) et d'un bistouri à large dos (fig. 201) ou même par le rectum (2).

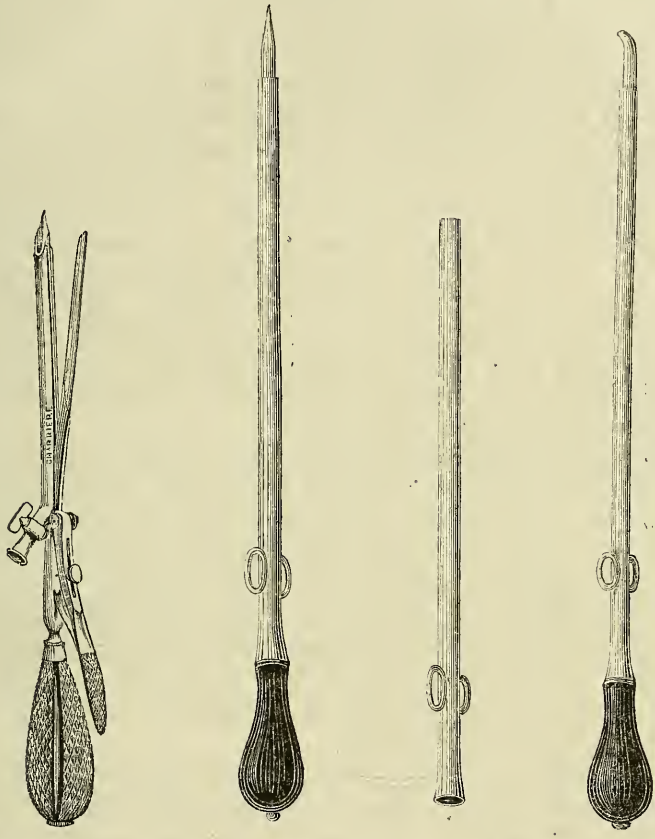


Fig. 198. — Lithotome de M. Demarquay (*).

Fig. 199. — Trocart pour la ponction vaginale des kystes de l'ovaire.

Fig. 200. — Canule du trocart.

Fig. 201. — Bistouri pour dilater l'ouverture pratiquée.

Il est évident que devant les résultats peu satisfaisants donnés par la ponction, on devait chercher, après avoir obtenu un soulagement temporaire, à arriver à la cure radicale des kystes de l'ovaire. Tous les moyens

1839 ; *Arch. gén.*, 1839 ; *Gaz. méd.*, 1839, t. VII. p. 421. — Ogden, *London, med. Gaz.*, janvier 1840 ; *Gazette des hôpitaux*, 1840, t. II, p. 432. — Stoltz, in Hirtz, thèse inaugurale.

(1) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. française, Paris, 1858, p. 399.

(2) Tavignot, *l'Expérience*, 1840, t. V et VI.

(*) Mousse ou pointu à volonté, d'une gaîne à coulisse et munie d'une canule évacuatrice à robinet.

tentés aboutissaient à déterminer l'inflammation des parois du sac et leur adhérence. On a fait dans la tumeur des injections, on y a introduit des mèches, des sondes, des canules pour entretenir l'écoulement du liquide ou du pus. Les injections étaient émollientes d'abord, pour nettoyer la surface interne de la poche ; ensuite on les a remplacées par des injections de gaz irritants, de vin chaud (1), de solution de nitrate d'argent, dans le but d'irriter et d'enflammer les parois du kyste.

Ollenroth a même proposé dans le but de détruire en partie les parois du kyste et de rendre plus fluide le liquide quelquefois trop épais pour s'écouler facilement, de faire des injections d'une solution faible de potasse caustique ou de teinture de cantharides. Nous ne sachions pas que ces moyens aient été employés, mais une sonde d'argent laissée à demeure par Ollenroth (2) lui a procuré un succès chez une femme qui avait déjà subi sept ponctions assez rapprochées et inutiles ; après l'écoulement de 4 à 5 litres de liquide jaunâtre, il a bouché l'extrémité de la canule avec un tampon qu'on retirait matin et soir pour laisser sortir du liquide. Le vingt-huitième jour seulement l'instrument fut retiré, la guérison eut lieu et existait encore trois années après.

[Cette méthode, ainsi que la ponction par le vagin, proposées comme offrant une position déclive favorable à l'écoulement du liquide ont été abandonnées successivement, lorsque M. Boinet (3) est venu indiquer une méthode qui, en elle-même, n'était pas neuve, mais dont le mode d'application faisait une méthode véritablement nouvelle.]

Déjà R. C. Williams (de Londres) et Alison (d'Indiana) (4), avaient injecté de la teinture d'iode dans les kystes de l'ovaire. Après deux ou trois injections, Williams vit les parois du kyste se rétracter et devenir plus épaisses, mais la malade succomba à une maladie intercurrente. Dans le cas d'Alison, le kyste fut oblitéré.

[Malgré ces essais, c'est, il faut bien le dire, à M. Boinet que revient l'honneur d'avoir établi les règles de cette opération, d'en avoir posé les indications et les contre-indications. Nous ne pouvons mieux faire que de lui emprunter la description de sa méthode.

«La méthode que nous proposons à notre tour pour la cure de ces espèces d'hydropisies, méthode qui nous a déjà fourni de beaux résultats, a pour but :

«1° De donner issue au liquide contenu dans les tumeurs enkystées sans courir le risque d'un épanchement dans la cavité abdominale ;

«2° D'injecter de la teinture d'iode dans la poche ovarique, si elle est

(1) Holscher, *Arch.*, 1838, t. I, p. 224.

(2) Ollenroth, *London medical Gazette*, 1835.

(3) Boinet, *De la cure radicale de l'hydropisie de l'ovaire par les injections iodées* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1852 ; *Bulletin de thérapeutique*, août 1852) ; *Iodothérapie*, ou *De l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés*. Paris, 1855.

(4) Alison, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1849.

dans des conditions convenables ; de procéder, en un mot, comme dans l'hydrocèle simple ;

« 3° Dans les cas plus compliqués, de laisser à demeure, lorsque le kyste est considérablement diminué, une canule ou une sonde de gomme élastique, dans l'intention de procurer un libre écoulement aux humeurs et d'arriver, par suite, au rapprochement des parois du kyste, dont on doit faciliter la détersion, la suppuration et la cohésion, en faisant des lavages fréquents et en injectant, lorsqu'on le juge utile, de la teinture d'iode.

«Telles sont les bases principales de cette nouvelle méthode, qui demande beaucoup de soins et d'attention, et qui doit être modifiée suivant les cas, ainsi que nous le dirons dans le courant de ce travail. Une condition pour son succès, c'est qu'il n'existe ni dans les parois du kyste ni dans les organes voisins aucune de ces dégénérescences qui, par elles-mêmes, sont au-dessus des ressources de l'art.

« Examinons maintenant si, lorsque les malades ne sont pas affectées de lésions organiques, tous les kystes hydropiques de l'ovaire sont susceptibles d'être traités par la méthode que nous proposons ; non, assurément, et des distinctions importantes nous paraissent devoir être établies suivant la nature du kyste, suivant qu'il est simple ou uniloculaire, suivant qu'il est compliqué ou multiloculaire, aréolaire ou gélatiniforme, enfin, suivant la nature du liquide qu'il contient, etc. Il est quelquefois bien difficile de se prononcer sur la question de savoir si la poche ovarique est unique ou multiple, si elle est ou non compliquée de dégénérescences cancéreuses ou autres, et cependant la connaissance de ces faits a toujours une grande portée pour se prononcer sur l'opportunité de l'opération et sur son résultat probable. Une première ponction abdominale est souvent nécessaire pour éclairer sur la forme particulière du kyste, sur sa nature et sur celle de son contenu. Dans les cas de kystes uniloculaires, l'expérience nous a appris que, le plus souvent, l'ovaire est converti en une poche lisse, polie, à parois minces, offrant beaucoup de ressemblance avec les membranes séreuses, n'ayant aucune adhérence avec les différents viscères qui l'entourent et contenant un liquide séreux, citronné, onctueux, de couleur variable, d'un écoulement facile. Ces cas sont de ceux qui doivent être traités par les injections iodées, et qui sont dans toutes les conditions voulues pour obtenir des résultats satisfaisants.

«Nous devons dire encore que, même parmi cette variété de kystes, il y a encore des distinctions à signaler, basées sur la nature du liquide qu'ils renferment. Ainsi ceux qui laissent écouler un liquide clair, citrin, exempt de toute coloration, sont plus susceptibles de guérir que les autres ; ceux, au contraire, dont le liquide a une coloration particulière plus ou moins prononcée, sanguinolente, couleur chocolat ou café, lactescente, etc., guérissent plus difficilement, surtout si ces liquides sont épais, visqueux.

«Presque tous ces kystes sont accompagnés de complications plus ou moins graves. En général, la coloration du liquide dénote qu'un travail inflammatoire a eu lieu dans la tumeur, et rarement dans ces cas une seule ponction et une seule injection suffisent pour produire la guérison; il faut, après les avoir ponctionnés, les traiter en laissant une sonde à demeure, répéter les injections et prendre toutes les précautions que nous indiquerons plus loin pour cette variété de kystes. Nous devons dire que, lorsque les kystes offrent de pareilles conditions, les guérisons sont plus difficiles et plus douteuses : ce sont ces cas qui, quelquefois, donnent des résultats fâcheux.

« Dans les kystes multiples, qui se rapprochent par leur structure et par leur contenu des kystes uniloculaires, lorsqu'ils ne sont accompagnés d'aucune complication, ces injections iodées peuvent également être employées avec beaucoup d'avantage. Dans cette variété, le kyste est formé de poches ou cellules distinctes, dont l'une offre un développement plus considérable que les autres; alors on doit faire autant de ponctions et d'injections qu'il y a de poches séparées; seulement, il est prudent de ne les opérer que les unes après les autres, si elles sont nombreuses.

«Quand, au contraire, les kystes sont multiloculaires celluleux, qu'ils forment une foule de cavités de grandeur variable, sans communication les unes avec les autres, il est presque certain que ces kystes offrent une structure et des produits particuliers qui rendront plus difficile et même impossible le succès des injections iodées.

«Le plus souvent, ces kystes ont des adhérences avec les organes qui les entourent, par suite des irritations, des inflammations plus ou moins étendues, plus ou moins répétées, dont ils ont été le siége; leurs parois ont une plus grande épaisseur, et il est fort ordinaire d'y trouver diverses dégénérescences; le liquide qu'ils contiennent est épais, gélatineux, filant, ressemble à de la colle, du miel, etc., et difficile à évacuer.

«Ces kystes aréolaires ou gélatiniformes sont, suivant l'opinion de Delpech et de Cruveilhier, de nature cancéreuse. En général, les femmes qui les portent, offrent tous les signes de la cachexie cancéreuse.

«Il est donc indiqué dans ces cas, lorsqu'il a été possible de bien reconnaître leur nature véritable, sinon de s'abstenir de toute opération, puisque les injections iodées sont encore utiles dans ce cas, mais de ne pas promettre une guérison radicale; on ne doit avoir d'autre but et d'autre espoir alors que de prolonger l'existence de la malade.»

Lorsque la santé générale des malades est bonne, qu'il n'existe aucune trace de cachexie, si l'on reconnaît un kyste multiloculaire donnant issue à un liquide de couleur citrine, limpide, facile à évacuer, on peut encore recourir aux injections iodées. Dans ce cas, on tentera de rendre uniloculaire le kyste en déchirant les parois des poches, soit avec la canule du trocart, soit avec un mandrin. Il rentrera alors dans la catégorie des kys-

tes uniloculaires. Ou bien on ponctionnera successivement les kystes et on les injectera séparément.

M. Boinet ajoute que l'opération doit être faite aussitôt qu'on aura pu reconnaître la présence du liquide et que celui-ci sera assez abondant pour qu'on ne puisse pas blesser les organes abdominaux.

Lorsqu'il s'agit de kystes simples, uniloculaires, on fera la ponction au moyen d'un gros trocart et de préférence au-dessus du ligament de Poupart à la partie la plus inférieure du ventre; quand le liquide est en partie écoulé, on glisse par le trocart une sonde de caoutchouc, remplissant exactement le calibre du trocart et qui pénètre profondément dans le kyste. Alors le reste du liquide s'écoule et l'on pratique une injection iodée composée comme il suit :

℞	Eau distillée.....	150 grammes.
	Teinture alcoolique d'iode.....	100 —
	Iodure de potassium.....	4 —

Les quantités seront légèrement modifiées suivant le volume et la contenance du kyste.

L'injection séjournera dans la poche cinq ou dix minutes, et pendant ce temps, par des pressions douces dans tous les sens, on mettra le liquide injecté en contact avec tous les points du kyste. Cela fait, on laissera écouler du liquide ce qu'on pourra, on retirera la sonde; on recouvrira le ventre d'une épaisse carde d'ouate, maintenue par un bandage de corps, modérément serré. On surveillera la malade pour parer aux phénomènes de réaction, et on laissera à la nature le soin d'achever la guérison, qui n'est pas toujours complète après une première injection. Mais on peut alors, sans grand inconvénient, revenir à une deuxième, à une troisième injection, ou même à un plus grand nombre. Il faut les pratiquer aussitôt qu'on a constaté le retour du liquide. M. Boinet recommande, après chaque nouvelle ponction, de retirer avec la seringue qui a servi à l'injection l'air et le liquide iodé, si l'on ne veut pas en laisser une certaine quantité (1).

Lorsqu'il s'agit d'un kyste multiloculaire, renfermant un liquide épais dont l'écoulement est difficile, il faut se servir d'un gros trocart, et après l'écoulement d'une partie du liquide, aspirer au moyen de la seringue ce qu'il en reste. Une fois le liquide évacué, on procédera comme pour les kystes simples. C'est dans ces cas que M. Boinet conseille de laisser une sonde à demeure bouchée par un fausset, et qui permet de donner issue au liquide qui se reforme, plusieurs fois par jour et de faire dans le kyste des lavages avec de l'eau simple ou avec de l'eau iodée, si les liquides ont une odeur fétide. La sonde ne devra être changée qu'au bout de huit ou dix jours, afin que des adhérences aient eu le temps de se former

(1) Boinet, *Iodothérapie*, 2e édition. Paris, 1865.

entre le kyste et la paroi abdominale; et enfin, lorsque la fistule abdominale est bien formée et qu'on peut ne plus craindre d'épanchement dans le péritoine, M. Boinet remplace la sonde par une canule en ivoire de 12 à 18 centimètres et munie d'un robinet que les malades peuvent ouvrir et fermer elles-mêmes. A mesure que le kyste revient sur lui-même, M. Boinet recommande de modifier les proportions de la teinture d'iode, jusqu'à en arriver à l'employer pure, lorsque le kyste ne contient plus qu'une très-petite quantité de liquide.

Les effets immédiats de l'injection sont souvent peu marqués, quelquefois il se produit un peu de chaleur, le ventre devient légèrement douloureux. Mais ces accidents sont, en général, très-légers et sont de courte durée. Quelques malades accusent la sensation d'un goût métallique dans la bouche et plus rarement quelques-unes éprouvent à un certain degré les phénomènes de l'ivresse iodique avec enchifrènement, coryza, nausées, etc.

La méthode des ponctions répétées avec injections iodées a donné à M. Boinet 64 guérisons sur 130 opérations.]

Clay (de Manchester) a pratiqué cette opération quatre fois, trois fois la tumeur disparut complétement, une fois la malade mourut.

Simpson (1) a injecté de la teinture d'iode, dix ou douze fois, dans des kystes ovariques. Dans quelques cas, il y eut reproduction du liquide; dans les autres les malades guérirent sans que le succès obtenu se soit démenti.

Dans aucun cas, l'opération n'eut de résultat fâcheux. Baker Brown a employé la même méthode avec succès. Je l'ai moi-même mise en usage dans un cas où il s'était fait un épanchement sanguin dans le kyste, mais la malade succomba à l'hémorrhagie. J'en ai fait autant dans d'autres cas, mais le seul avantage que j'en aie retiré, est que le liquide se reformait plus lentement.

[Quelques chirurgiens ont craint que par l'absence d'adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, les parois de la poche ne vinssent à abandonner la canule du trocart et qu'il ne se fît un épanchement dans le péritoine.]

Dans ces cas, on a proposé, comme M. Barth (2), de faire une double ponction dans le kyste et de passer la sonde à travers les deux ouvertures à la manière d'un séton, pour déterminer des adhérences : Trousseau, dans le même but, a proposé l'acupuncture (3); ou bien on a inventé des instruments qui maintinssent en contact les parois du kyste avec les parois de l'abdomen. Maisonneuve (4) a imaginé un trocart à point d'arrêt

(1) Simpson, *Obstetric works*, vol. I, p. 261.

(2) Barth, *Kyste volumineux de l'ovaire, nouveau mode de traitement* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1855-1856, t. XXI, p. 583).

(3) Trousseau, *in* Cazeaux, *Thèse pour l'agrégation*, 1844, p. 167.

(4) Maisonneuve, *Des opérations applicables aux maladies des ovaires*, p. 42.

saillant (fig. 202). C'est sur ce principe également qu'est construit le trocart articulé à curseur de Victor Uytterhœven (1), mais ces moyens sont inutiles si, comme le conseille M. Boinet, on a le soin d'introduire profondément dans le trocart une sonde de gomme élastique.

[Dans les cas de kyste simple sans dégénérescence, Léopold Buys (2), donne la préférence à la ponction du kyste par le vagin ou par l'abdomen, suivie de l'application d'une canule à demeure, permettant l'écoulement continu et complet du liquide et empêchant le contact entre l'air extérieur et la cavité du kyste. Ce procédé rappelle celui de Scanzoni (3) qui, malheureusement, n'est applicable qu'aux kystes en contact avec le cul-de-sac du vagin. [[M. Tillaux a publié récemment un cas de kyste de l'ovaire uniloculaire, ponctionné par le vagin et suivi de guérison complète. Ce chirurgien distingué fait remarquer que, sans être extraordinaire, la guérison d'un kyste de l'ovaire par la ponction et l'injection pratiquées à travers le vagin, constitue un fait assez rare; nous reproduisons ici cette observation.

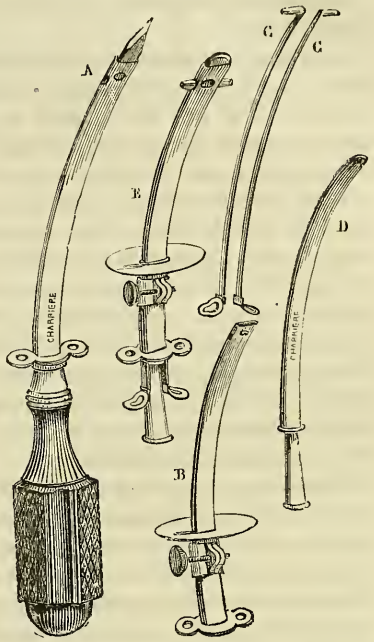


Fig. 202. — Trocart de M. Maisonneuve pour la ponction des kystes de l'ovaire avec canule à demeure (*).

Observation I. — *Kyste de l'ovaire uniloculaire; ponction par le vagin; sonde à demeure; injections antiseptiques dans le kyste; guérison complète.*

(1) Uytterhœven, *Journal de la Société des sciences médic. et naturelles de Bruxelles*, t. XXVIII, p. 521.

(2) L. Buys, *Traitement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire par aspiration* (*Journal de médecine, de chirurgie*, etc. Bruxelles, 1865, t. XL, p. 33).

(3) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, traduction française. Paris, 1858.

(*) A, trocart courbe d'un assez fort diamètre, de forme ovoïde et dont la pointe est lancéolée; B, canule munie d'un curseur à plaque mobile qui sert à limiter son introduction, et terminée par deux petites oreilles qui servent à la fixer sur le bas-ventre; cette canule est en outre percée à son extrémité supérieure de trois ouvertures, dont 1° une sur la partie plate, pour l'évacuation du liquide, est mise en rapport avec celle de la canule D; et 2° deux autres latérales dans lesquelles s'engagent deux petites tiges coudées C, C qui servent d'arc-boutant pour empêcher la canule B de s'échapper une fois en place; ces deux tiges sont maintenues immobiles par la canule-mandrin évacuatrice D qui elle-même est percée sur sa partie plate d'une ouverture qui se trouve en rapport avec celle de la canule E qui représente les trois canules réunies telles qu'elles doivent être placées une fois la ponction faite.

C... (Louise), âgée de 33 ans, entra à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, n° 15, le 16 avril 1870.

Réglée à 14 ans, mariée à 20 ans, elle eut un enfant à 22 ans ; elle n'a jamais été malade.

Vers 1868, une certaine gêne qu'elle éprouvait dans le ventre lui fit reconnaître la présence d'une tumeur occupant le côté droit de l'hypogastre. Cette tumeur n'était pas douloureuse au toucher et n'exerçait aucune influence fâcheuse sur la miction ni la défécation.

Mais peu à peu la sensation de plénitude, d'embarras dans le bassin s'accentue, la station verticale devient extrêmement fatigante et la marche impossible. Des douleurs vives, lancinantes, ayant leur summum d'acuité et leur point de départ dans les lombes, s'irradient le long de la cuisse droite sur le trajet du nerf sciatique. La tumeur augmente rapidement de volume, produit un ténesme considérable du côté de la vessie et du rectum, exerce sur l'hypogastre des tiraillements pénibles qui entravent la digestion.

La malade, n'y tenant plus, entre à l'hôpital Beaujon dans le service du professeur Dolbeau où elle subit un commencement de traitement. La maladie de M. Dolbeau la détermine à quitter Beaujon pour entrer dans notre service. Elle présentait l'état suivant.

L'abdomen est distendu comme il le serait par une grossesse de cinq à six mois, moins régulièrement toutefois, car du côté droit le relief est plus grand que du côté gauche ; à la palpation, on sent que l'hypogastre est occupé par une tumeur bilobée, lisse, élastique, mate et très-fluctuante. Le toucher vaginal fournit les renseignements les plus précieux. L'axe du vagin n'est plus antéro-postérieur, mais presque vertical. Sa paroi antérieure est normale, la paroi postérieure présente à sa partie la plus reculée une saillie de la grosseur d'un œuf de poule. Le palper hypogastrique, combiné avec le toucher vaginal, fournit une sensation très-nette de fluctuation, en sorte que les deux saillies appartiennent bien évidemment à la même tumeur et que cette tumeur contient du liquide.

L'utérus est remonté et immobile, le col est repoussé en avant et touche la face postérieure du pubis.

L'urèthre a perdu sa direction, il est devenu tout à fait vertical. La vessie aplatie contre la paroi abdominale et la face postérieure du pubis, est réduite à une sorte de canal verticalement dirigé et ne peut contenir que très-peu d'urine.

Le toucher rectal démontre que la paroi antérieure de ce viscère est déprimée et repoussée dans la concavité du sacrum.

Ces diverses explorations prouvent donc que l'hypogastre, le grand et le petit bassin sont occupés par une tumeur fluctuante qui comprime les organes voisins, entre lesquels elle est comme enclavée.

Les troubles fonctionnels sont les suivants :

Douleur continue, s'exaspérant par la marche et les mouvements. Elle s'irradie des lombes vers les fosses iliaques, l'hypogastre, et enveloppe l'abdomen comme d'une sorte de ceinture. Elle rayonne parfois vers le membre inférieur droit. La marche est extrêmement pénible et presque impossible. Envies incessantes et presque toujours illusoires d'uriner et d'aller à la garde-robe.

Depuis son entrée à l'hôpital la malade n'a de repos ni jour, ni nuit, ni

assise, ni debout, ni couchée. Elle compare elle-même son état à celui d'une femme en travail. Son moral est affecté au point qu'elle songe au suicide pour échapper à ses atroces douleurs.

Le diagnostic ne saurait être douteux ; nous avons affaire à un kyste de l'ovaire, enclavé dans le petit bassin et fixé par des adhérences péritonéales.

Le 22 avril, opération : ponction par le vagin avec le trocart de Boinet ; il s'écoule trois litres environ d'un liquide couleur café au lait ; injection de teinture d'iode coupée de moitié d'eau.

Le soir, pouls : 112 ; temp. : 37°,8 ; — État de stupeur ; peau froide, céphalalgie ; dysphagie iodique ; diminution notable de la douleur ; ventre souple, peu douloureux ; deux mictions seulement ; diarrhée séreuse (quatre selles).

Les jours suivants, le ventre se ballonne, devient très-douloureux ; les nuits sont agitées, l'appétit nul, le faciès est altéré, la peau chaude et sèche. Du reste, les chiffres suivants rendent suffisamment compte de l'état général.

Le 28 avril, pouls : 120 ; temp. : 38 ; — le 29 avril, pouls : 128 ; temp. : 39 ; — le 30 avril, pouls : 120 ; temp. : 39 ; le 1er mai, pouls : 132 ; temp. : 39,4 ; — le 2 mai, pouls : 120 ; temp. : 39 ; la malade a de la diarrhée, des frissons, des vomissements, nous l'engageons à quitter l'hôpital ; ce qu'elle fait le 2 mai.

Elle revient dans notre service le 20 mai. L'état général est relativement bon, mais la tumeur s'est en partie reproduite et avec elle les douleurs dont nous avons retracé plus haut le tableau. La malade réclame une nouvelle opération.

Le 23 mai, ponction par le vagin, issue d'un demi-litre de pus fétide. Une sonde est laissée à demeure dans la poche pour permettre de faire des lavages avec l'eau phéniquée. Ce traitement est continué jusqu'au 20 juin. A cette époque la malade peut se lever et présente un état général satisfaisant. La sonde est retirée ; bien que non complétement guérie, la malade quitte l'hôpital.

Depuis cette époque madame C... est revenue nous voir plusieurs fois. Il n'y a plus trace de tumeur ; l'utérus, la vessie et le rectum ont leurs rapports absolument normaux, et la santé générale ne laisse rien à désirer. Nous l'avons vue dernièrement encore et nous avons eu la satisfaction de constater que la guérison est définitive (1).]]

Monro, Jules Guérin, Boinet, ont proposé, pour permettre l'écoulement du liquide et empêcher le contact avec l'air extérieur et la cavité du kyste, divers instruments qui, comme le fait remarquer Buys, agissent brusquement et seulement à intervalles éloignés. C'est pour remédier à ces inconvénients qu'il a imaginé un instrument simple et ingénieux, applicable également après la ponction du kyste par l'abdomen. Comme le trocart à curseur d'Uytterhœven, il permet de fixer les parois du kyste à la paroi abdominale, et par conséquent il n'est pas besoin d'attendre la formation des adhérences pour évacuer le liquide, et enfin l'écoulement a lieu à l'abri du contact de l'air.

« Pour remplir cette indication, dit Buys, j'ai fait confectionner des ampoules en caoutchouc de la grosseur d'une tête d'enfant, dont les parois, variant d'épaisseur, possèdent une force aspiratrice plus ou moins

(1) Tillaux, *Bulletin de thérapeutique*, t. LXXXIV, 2e fascicule, 1873, p. 83.

prononcée, de manière à graduer leur effet selon les besoins; un conduit élastique partant de l'ampoule, aboutit à un robinet métallique qui se visse à l'extrémité d'un trocart. L'ampoule n° 1 n'a que 1 millimètre d'épaisseur de paroi; c'est à peine si son aspiration est sensible; elle doit servir à vider lentement la tumeur, afin d'empêcher que par un raptus trop prompt la femme ne soit incommodée. »

L'ampoule n° 2 a 2 millimètres et demi de paroi; elle a une force à peu près double de la précédente; son usage est aussi différent; elle doit, le kyste vidé, en maintenir la vacuité en aspirant chaque goutte de sérosité aussitôt sa formation, et rapprocher les parois. Cependant sa puissance aspiratrice ne pourrait nullement irriter ou enflammer la surface interne de la tumeur; ce rôle est dévolu à l'ampoule n° 3 dont les parois ont 3 millimètres et demi d'épaisseur; celle-ci doit servir à activer le retrait du kyste et à produire une fluxion avec exsudation de lymphe plastique. Je crois, c'est peut-être une présomption, puisque l'expérience ne l'a pas encore prouvé, que le traitement, au moyen de ces ampoules employées selon l'indication, aboutira à la guérison des kystes simples, et cela d'autant plus facilement que, s'il le faut, on peut combiner leur action avec celle de tout autre agent, tel que la teinture d'iode, la teinture de myrrhe, une solution de sulfite alcalin (1), l'eau tiède, etc.

Ce qui doit principalement recommander ce nouveau mode de traitement, c'est que par lui on peut éviter l'action de l'air sur les liquides morbides et extraire facilement ceux-ci, fussent-ils épais comme la substance colloïde. De pareilles ampoules n'étaient point, on le comprend, applicables au mode de trocart connu, elles n'auraient fait qu'ajouter des dangers nouveaux à ceux déjà existants; il a donc fallu recourir à un instrument nouveau qui, tout en étant d'une application et d'une extraction faciles, peut s'immobiliser là où il a pénétré. Cet instrument doit également s'opposer à ce que le kyste vidé ne se retire de lui et ne le laisse plongeant dans la cavité du péritoine. Ai-je rempli cette indication? Je l'espère. La canule de ce nouveau trocart est double et entre les deux parties se cachent quatre ressorts en or, qui, l'instrument plongeant dans le kyste, se dilatent et viennent faire un bourrelet de 3 centimètres de diamètre par lequel le kyste est attiré et maintenu contre les téguments. D'autre part, un manchon à vis fait avancer jusque contre la peau un disque métallique basculant, formé de deux plaques contre lesquelles s'insère une rondelle de baudruche. La paroi du kyste et la paroi abdominale sont ainsi accolées. Pour maintenir le tout parfaitement en place et empêcher que plus tard l'air extérieur ne pénètre sur les côtés du trocart, la ron-

(1) Les prévisions de Buys, relativement à l'utilité d'une solution de sulfite alcalin injectée dans les kystes, ont trouvé une confirmation théorique et pratique dans un travail de Gritti (de Milan), où se trouvent consignés les résultats encourageants de nombreuses expériences cliniques faites par ce chirurgien à l'Hôpital majeur de Milan, relativement à la valeur des applications des sulfites (voyez *Annali universali di medicina*, novembre 1864, p. 275 et suiv.).

delle de baudruche est adaptée à la peau au moyen de collodion élastique. L'instrument est complété par un robinet placé près de son ouverture, de manière à ne permettre la sortie du liquide que lorsque le robinet de l'ampoule a été vissé sur lui. Enfin, un bandage de corps doit, au

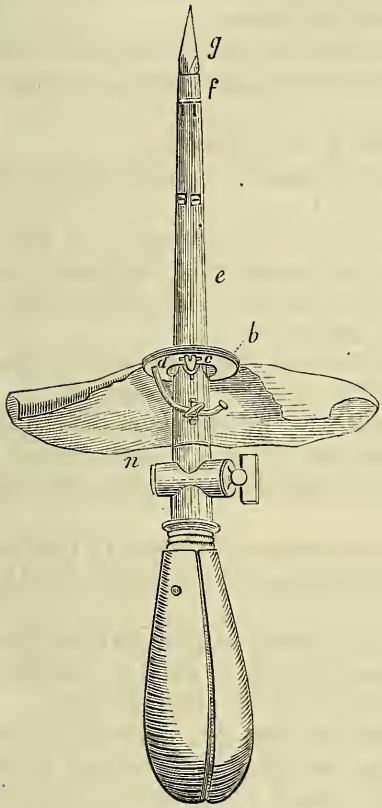


Fig. 203. — Trocart à couronne et à disque complétement armé (demi-grandeur) (*).

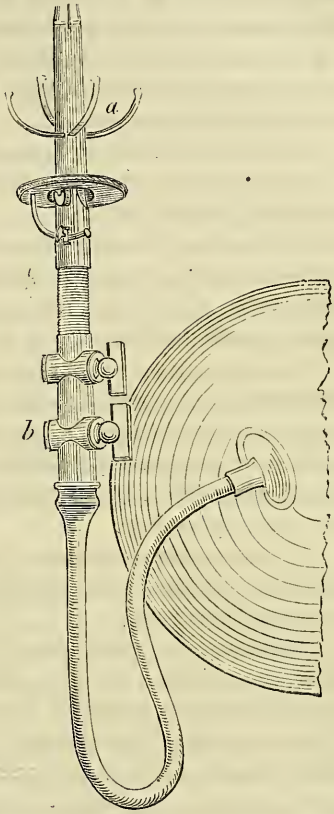


Fig. 204. — Le même trocart après que le stylet porté en arrière a dilaté les ressorts (**).

moyen d'un compresseur à vis, déprimer la paroi abdominale du côté opposé à celui où siége la tumeur et aider de cette façon à l'action des aspirateurs.

Les figures 203 et 204 feront comprendre la forme de l'instrument mieux que ne le ferait la description la plus détaillée.

Avant de donner le mode d'emploi de l'instrument aspirateur, je résu-

(*) *a*, manchon; *b*, double disque pouvant basculer sur le manchon avec rondelle de baudruche et boutons servant à serrer la rondelle de baudruche entre les deux disques; *d*, arc de cercle à vis compressive servant à immobiliser les disques dans la position voulue; *c*, canule externe; *f*, canule interne; *g*, stylet.

(**) *a*, ressorts; *b*, ampoule avec robinet.

merai en peu de mots les indications du traitement des kystes par le nouveau procédé en me servant des idées émises par les auteurs et qui me paraissent applicables à ce procédé :

1° Il faut opérer les kystes de bonne heure et avant qu'ils aient acquis un développement qui les expose à devenir multiloculaires, à contracter des adhérences de la paroi supérieure ou à s'enflammer.

2° De tous les kystes, ceux qui ont le plus de chances de guérison sont les kystes séreux uniloculaires. Les kystes séro-purulents ou séro-sanguinolents en offrent moins.

L'ampoule n° 2 doit, je pense, suffire à leur traitement.

3° Les kystes à loges nombreuses, hydatiques ou colloïdes, devront être soumis à l'ampoule n° 3.

4° En général, lorsque l'ampoule n° 2 n'est point parvenue, au bout de quelques jours, à tarir la sécrétion, il sera convenable d'appliquer l'ampoule n° 3 jusqu'à ce qu'une congestion des parois se soit produite, ce qui se reconnaîtra facilement à la nature du liquide.

5° Les kystes ayant pour point de départ une dégénérescence, les cystosarcomes et les cystocarcinomes n'ont rien à espérer du traitement.

6° Les kystes doivent être ponctionnés du côté où ils ont commencé à paraître, le plus près possible de leur lieu d'origine et dans le point le plus déclive. S'ils sont opérables par le vagin, il faut donner la préférence à ce mode opératoire.

7° Il faut éviter de désemplir trop promptement le kyste et n'employer l'ampoule véritablement aspiratrice que lorsque les organes se seront habitués à l'instrument.

8° L'instrument ne doit être retiré que lorsque, pendant plusieurs jours, aucune sécrétion ne se sera montrée par la canule et que l'on reconnaîtra dans l'abdomen la présence d'une tumeur dure de petite dimension.

Pour employer l'instrument, le manchon avec son disque garni d'une large rondelle de baudruche, de linge ou d'étoffe, est remonté jusque contre le robinet ; on obture avec de l'axonge les fenêtres qui donnent passage aux ressorts, après s'être assuré que le jeu de ceux-ci se fait librement. La ponction se pratique comme avec un trocart ordinaire, seulement il faut avoir la précaution de le faire pénétrer aussi profondément que possible, pour qu'au moment où l'on porte le stylet en arrière pour dilater la couronne de ressorts, ceux-ci puissent se développer librement dans l'intérieur du kyste. On retire alors doucement l'instrument jusqu'à ce que l'on sente que la couronne fait obstacle et que le kyste est venu s'accoler aux parois de l'abdomen. Le manchon avec son disque incliné à l'angle voulu, est à son tour rapproché de la peau de manière à l'affleurer sans la comprimer. Au moyen de collodion élastique, la rondelle de baudruche ou d'étoffe est fixée sur la peau tout autour du disque et principalement à son centre au pourtour de la piqûre. Il reste alors à retirer le stylet, ce qui se fait en lui imprimant d'abord un petit mouvement de rotation

sur lui-même de gauche à droite pour le dégager, puis en le tirant directement en arrière, le point blanc du manche placé en haut. On laisse s'écouler le quart ou la moitié du liquide contenu dans la poche, on ferme le robinet, et l'on place la ceinture à pelote compressive, celle-ci située du côté sain de l'abdomen, tandis que de l'autre l'instrument est passé dans la fente qui, à cet effet, est ménagée dans le bandage. Les deux coulants sont rapprochés aux deux côtés de l'instrument qui ainsi est maintenu d'une manière immuable par la ceinture que l'on boucle au degré de pression voulue. Pour que le bandage, à son tour, ne puisse bouger dans aucun sens, on attache les deux sous-cuisses et, s'il le faut, on adapte en haut quatre bretelles qui vont s'épingler à une bande roulée autour de la taille. La pelote, au moyen de sa vis, déprime la paroi abdominale au degré que l'opérateur juge convenable. Vient enfin le dernier temps de l'opération qui constitue véritablement le traitement : après avoir rempli d'eau l'ampoule élastique, on y fait, au moyen d'une pompe aspirante, le vide aussi complétement que possible; on ferme le robinet et on le visse à celui du trocart.

Pour mettre en rapport le kyste avec l'ampoule, il suffira d'ouvrir les robinets, et le liquide contenu dans le premier passera dans celui-là avec une vitesse proportionnelle à la force de succion de l'ampoule et à l'ouverture donnée aux robinets; il est facile de graduer, à sa guise, l'action aspirante.

Il est également fort aisé de pratiquer, à l'abri de l'air et selon la volonté de l'opérateur, des lavages et des injections médicamenteuses; pour cela il suffit de renfermer le liquide à injecter dans l'ampoule ou dans une vessie que l'on comprime pour faire passer ce liquide dans la tumeur.

Pour retirer l'instrument, un stylet mousse vient remplacer le stylet ordinaire; par de légers tâtonnements, on introduit le clou du stylet dans la rainure de la canule interne, on l'y fixe, et, lui imprimant un léger mouvement d'arrière en avant, on fait rentrer les ressorts, on décolle les rondelles de baudruche, et l'instrument rendu libre se retire sans difficulté. Ce mode de traitement que nous préconisons ici pour les kystes de l'ovaire est applicable au traitement d'une foule d'autres affections, telles que : hydrothorax, pyothorax, abcès par congestion, abcès enkystés de l'abdomen, hygroma, etc. Nous croyons que le principe de l'aspiration à l'abri de l'air peut être appelé à jouer un rôle dans le traitement de toute affection caractérisée par la présence d'un liquide morbidement sécrété dans une cavité close. Quant à l'instrument, qui n'est ici que l'accessoire obligé, il variera évidemment avec l'organe sur lequel il doit agir. Nous comptons, à cet effet, faire fabriquer trois trocarts différents.

Buys croit qu'il mettra ainsi les malades à l'abri des accidents que déterminent les altérations septiques auxquelles donne lieu le contact de l'air avec les liquides renfermés dans des cavités closes. Il ajoute encore que, comme le kyste ne peut guérir que par le rapprochement et l'adhé-

sion des parois, l'écoulement continu produit par son instrument, laisse des chances de guérison plus rapide que tout autre procédé. Mais l'expérience, de l'aveu même de M. Buys, n'a pas encore prononcé sur la valeur de ce procédé.

IV. *Excision.* — Nous ne ferons que citer cette opération qui, au rapport de Sacchi (1), aurait été conseillée et qui a, dit-on, réussi à Dzondi (2), et s'est terminée par la mort dans deux autres cas de Lizars (3) et de Martini (4).

V. *Extirpation ou ovariotomie* (5). — Cette opération, dont l'histoire a eu des phases si diverses et qui a eu un si grand retentissement, mérite de nous arrêter.

De nombreux chirurgiens, surtout à l'étranger, se sont occupés de cette question. Les travaux de Baker Brown (6), Spencer Wells (7), et surtout les remarquables mémoires de Kœberlé (8), auxquels nous ferons de larges emprunts, nous fourniront le complément indispensable à l'excellent article de M. Churchill.

L'extirpation des ovaires est pratiquée dans l'intention de guérir radicalement certaines maladies dont ces organes sont atteints, et qui mettent la vie des maladies en péril.

1° *Historique.* — Introduite depuis peu d'années dans la pratique chirurgicale, l'ovariotomie est pourtant une opération déjà fort ancienne.

(1) Sacchi, *Annali universali di medicina*, t. LXIII, p. 325.

(2) Dzondi, *Æsculap. Zeitchrift der Vervolikomm. der Heilk. gewidmet*, von prof. Dzondi, Leipzig, 1821, t. II.

(3) Lizars, *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. II, p. 427.

(4) Malgaigne, *Médecine opératoire*, 5e édition, 1849, p. 485.

(5) Bibliographie. — Schokopff, *Diss. medica inauguralis de Hydrope ovarii*, 8 février 1685. — Scheffer, *Historia hydrop. sacci*, 1724 (Haller, *Disp. med.*, t. IV, p. 239). — Peyer Inchoff, *Ovarum hydropicum* (Haller, *Disp. med.*, thèse 32, t. IV, p. 398). — Sabatier, *Méd. opér.*, t. I, p. 503. — D'Ischier, thèse de Montpellier, 1807. — Ritter, *Journal de Graefe*, t. XII. — Galenzowsky, *Arch. de méd.*, 1830, t. XXII, p. 120. — Ulsamer, *Ueber die Ovariotomie*, inaug. diss. Würzburg, 1831. — Ehrharstein, *Med. chir. Rev.*, juillet 1833, p. 242; *Arch. gén. de méd.*, 1833, 2e série, t. I, p. 427. — Quittenbaum, *Encyclopédie des sciences médicales*, 1836, p. 342. — Hevin, *Revue médicale*, 1836, p. 161. — Dohloff, *Ueber die Punction und Extirpation krankhaft vergrössester Ovarien* (*Rust's Mag.*, Bd. LI, Heft. 1 ; *Gazette des hôpitaux*, 1839, t. I, p. 209). — Ben. Philips, *Gazette des hôpitaux*, 1840, t. II, p. 551. — Kiwisch, *Neues operatives Verfahren gegen die einfache Cystenentartung der Ovarien* (*Prag. Vierteljahresschr.*, 1846, Bd. II). — Bird, *Revue médico-chirurg.*, 1848, p. 42. — R. Lee, *An analysis of* 162 *cases of Ovariotomy*, etc. (*Dublin med. Press*, décembre 1850). — Grailly Hewitt, *Trans. of obstetrical Society of London*, vol. I, p. 53. — Y. B. Brown, *Neue Operations methode bei Eierstockwassersucht* (*Verhandl, d. Ges. f. Gebstk.*, Bd. VI, p. 105). — Tilt, *Provincial medical and surgical Journal*, 18 août 1852. — Fock, *Ueber d. operat. Behandlg. d. Ovariencysten* (*Monatsschr. f. Geburtsk.*, 1856, parties 5 et 6). — Ch. Bailly, *Traitement des ovariotonisées*. Paris, 1872.

(6) Baker-Brown, *Surgical diseases of women*. London, 1864.

(7) Spencer Wells, *Diseases of the ovaries, their diagnosis and treatement*. London, 1872, t. I.

(8) Kœberlé, *De l'ovariotomie* (*Mémoires de l'Académie de Médecine*. Paris, 1864, t. XXVI, p. 321).

Sans parler de la castration pratiquée sur les animaux dès une époque très-reculée (1), et qui de nos jours a passé dans la pratique vétérinaire, on retrouve des exemples d'extirpation des ovaires chez les femmes qu'on destinait à remplacer les eunuques (2), chez celles dont on voulait prolonger la jeunesse ; enfin, elle a été proposée (3) et pratiquée pour mettre un frein à la sensualité de certaines femmes débauchées. Un porcher hongrois, au rapport de Wierus, irrité contre les égarements de sa fille, lui pratiqua l'ovariotomie à la manière dont il la faisait sur les animaux, et elle survécut.

Vers le milieu du XVIIIe siècle, Schlenker (4) signale la possibilité de l'extirpation des ovaires malades. Après lui, en 1731, Willi (5), en 1751, Ulrich Peyer (6), Tozzetti (7), soulèvent la même question, mais ils sont effrayés des dangers d'une opération dont Theden (8) paraît avoir le premier indiqué la méthode, et que Percival Pott (9) a pratiquée en 1770, pour deux ovaires herniés et situés à l'extérieur de l'ouverture tendineuse de chacun des muscles obliques par laquelle ils paraissent avoir passé. La jeune malade guérit et cessa d'être réglée.

Les chirurgiens français ont toujours repoussé l'ovariotomie que Delaporte avait déjà proposée à l'Académie royale de chirurgie en 1753 (10). Il en limitait l'exécution dans les cas où un seul ovaire était malade. Morand (11) soutint cette idée, qui fut vivement combattue par de Haen (12), Morgagni, W. Hunter (13). Van Swieten (14) ne la repousse pas complétement.

Ce fut Laumonier (de Rouen), en 1781 (15), qui le premier, et pour ainsi dire par hasard, fit l'extirpation d'un ovaire dans un cas d'hydropisie enkystée de la trompe compliquée d'une ovarite.

En 1786, J. Hunter (16) croit que l'ovariotomie pourrait se faire chez la femme comme chez les animaux.

En 1798, Chambon (17), partisan déclaré de l'ovariotomie, prophétise

(1) Aristote, Περί ζώων ἱστορίας, lib. IX.
(2) Athénée, *Fragmenta historica Græcorum.* Édition de Firmin Didot, 1841, t. I, p. 39.
(3) Plateri, *Observ.* Bâle, 1680, p. 248.
(4) Schlenker, *De singulari ovarii sinistri morbo.* Leyde, 1722 (Haller, *Disp. med.*, t. IV, p. 439, thèse n° 21).
(5) Willi, *Specimen medicum sistens stupendum abdominis tumorem.* Bâle, 1731, p. 35.
(6) Peyer, *Acta helvetica*, Bâle, 1751, t. I, app. 1.
(7) Tozzetti, *Prima raccolta di osservazioni medice.* Florence, 1752.
(8) Theden, *Nova acta nat. curios.*, t. V, p. 289.
(9) P. Pott, *Œuvres chirurgicales*, trad. française. Paris, 1777, t. I, p. 492.
(10) Delaporte, *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1753, t. II, p. 455.
(11) Morand, *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. II, p. 460.
(12) De Haen, *Ratio medendi.* Paris, 1761, pars IV, t. II, p. 73.
(13) Hunter, *Medical observations and inquiries*, t. I, p. 41.
(14) Van Swieten, *Comm. in H. Boerhaave Aphorismos.* Liége, 1770, t. IV, § 1223.
(15) Laumonier, in *Histoire de la Société royale de médecine*, 1782, t. V, p. 296.
(16) J. Hunter, *Œuvres complètes*, trad. Richelot. Paris, 1839, t. I, p. 635.
(17) Chambon, *Maladies des femmes.* Paris, 1798.

que cette opération deviendra une ressource précieuse dans les cas de maladies des ovaires.

En 1808, d'Escher (1), d'après Thumin, expose un procédé d'ovariotomie, mais cette opération, quoique pratiquée en Amérique et en Angleterre, eut beaucoup de peine à trouver des imitateurs en France, même plus tard, malgré Chéreau (2), et Jules Worms (3).

Lors de la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1856 (4), cette opération trouva parmi les membres les plus illustres de cette assemblée une opposition absolue (Velpeau, Moreau, Cruveilhier).

Mac Dowel (du Kentucky), en 1809, pratiqua le premier l'ovariotomie chez une femme qui vivait encore vingt-cinq ans après l'opération. Treize opérations faites par le même chirurgien (5) furent huit fois suivies de succès. Séduits par l'exemple, d'autres chirurgiens tentèrent la même voie. Depuis 1822, Nathan Smith (6) (du Connecticut), G. Smith (7), Atlee (8), Peaslee, Dunlap, sont les chirurgiens américains qui pratiquèrent l'ovariotomie le plus souvent et avec le plus de succès.

En 1823, Lizars (9), professeur à Édimbourg, essaya d'introduire l'ovariotomie en Angleterre, mais ses résultats furent malheureux. Vers le même temps, Granville (10) fit deux tentatives qui n'eurent pas plus de succès.

En 1835, Jeafferson (de Framlingham) (11) pratiqua avec succès l'extirpation d'un kyste volumineux.

Ce ne fut qu'à partir de 1840 que C. Clay (12), Bird (13), Walne, Lane, eurent des résultats remarquables. Depuis cette époque, MM. Baker Brown, Sp. Wells, J. Smith, Humphray, Fergusson, Keith Hutchinson,

(1) D'Escher, *Considérations médico-chirurgicales sur l'hydropisie enkystée des ovaires*, thèse. Montpellier, 1808.

(2) Chéreau, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1844, p. 228 ; *Esquisse historique sur l'ovariotomie* (*Union médicale*, 1847.)

(3) Worms, *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*. Paris, 1860.

(4) *Bulletins de l'Acad. de médecine*, 25 novembre 1856, t. XXII, p. 200.

(5) Mac Dowel, *Eclectic repertory*, t. VII, p. 242, et t. IX, p. 546.

(6) N. Smith, *Case of ovarian Dropsy successfully removed by a surgical operation* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, octobre 1822) ; *The American med. recorder*. Philadelphie, t. V, 1822, n° 17 ; *Med and surg. Memoirs*, p. 231 ; *Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XIV, p. 588 ; *Journal des progrès*, t. V, p. 273.

(7) G. Smith, *North American med. and surg. Journal*, janvier 1836.

(8) Atlee, *American Journ. of med. sciences*, avril 1845 ; *Gazette médicale de Paris*, 1845, t. XIII, p. 24.

(9) Lizars, *Observ. on extraction of diseased ovaries*. Edinburgh, 1825, in-folio ; extrait in *Archiv. gén. de méd.*, t. VIII, p. 437 ; *Bull. de Férussac*, t. IV, p. 144. — R. Lee, *Med. chir. and surg. Transact.*, t. XXXIV, p. 10.

(10) Granville, *Journal des progrès*, t. I, p. 274.

(11) Jeafferson, *British Annals of Medicine*, t. II, p. 140 ; *Arch. gén. de méd.*, 1846, t. X, p. 216 ; *Expérience*, 1838, t. I, p. 413.

(12) C. Clay, *Cases of the perit. section for the extirpation of diseased ovaries*. London, 1842.

(13) Bird, *The Lancet*, 1860, t. II, p. 592.

ont fini par faire adopter l'ovariotomie et la faire compter au nombre des opérations légitimes. C'est surtout en 1858, au moment où l'Académie de médecine proscrivait en France l'ovariotomie comme une opération meurtrière et barbare, qu'elle est devenue populaire chez nos voisins d'outre-Manche; et, à mesure que les procédés s'y sont perfectionnés, on a obtenu des résultats meilleurs.

Pratiquée en 1819, en Allemagne, par Chrysmar, d'Isny (Wurtemberg) (1), l'ovariotomie a subi des chances diverses et a fini par tomber en un discrédit complet.

Langenbeck, Knorre, Kiwisch, Heyfelder, Siebold, Scanzoni, étaient momentanément parvenus à réhabiliter l'extirpation des ovaires; mais, depuis 1856, les chirurgiens allemands paraissent y avoir renoncé.

En 1844, l'ovariotomie a reparu en France, pratiquée par un médecin de campagne, le docteur Woyeikowski (2), de Quingey (Doubs).

La même année, Rigaud (3) (de Strasbourg) tentait l'opération, la laissait inachevée et perdait sa malade. En 1847, Vaullegeard (4), de Condé-sur-Noireau (Calvados), en pratiquait une avec un plein succès; mais les tentatives malheureuses de Nélaton, Bach (5), Maisonneuve (6), Hergott et Michel (7), Boinet (8), Jobert (de Lamballe) (9), Adolphe Richard (10), Demarquay (11) et Sédillot (12), ont de nouveau en France jeté le discrédit sur l'ovariotomie jusqu'à ce que M. Kœberlé soit venu la justifier et en faire une opération qui, dans des conditions données, doit être tentée plutôt que d'abandonner les malheureuses patientes à une mort certaine dans un délai plus ou moins long.

Baker Brown, en Angleterre, a rendu le même service que M. Kœberlé en France, et a ramené à ses idées les plus ardents antagonistes de l'ovariotomie. En résumé, malgré les résultats désastreux obtenus à Paris (un succès sur six), et en raison de ceux que l'on obtient en province, en raison de ceux obtenus par Baker Brown, Spencer Wells en Angleterre, par Kœberlé à Strasbourg, l'ovariotomie tend à prendre aujourd'hui un rang

(1) Chrysmar, *Journ. der chir. und Augenheilkunde* de Hopfer, V. Graefe, Walther, t. XII, p. 62 et seq.; *Bulletin de Férussac*, t. XVIII, p. 86.

(2) Woyeikowski, *Revue méd.-chirurg.* Paris, juin 1847, t. I, p. 359.

(3) Rigaud, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1852, p. 422.

(4) Vaullegeard, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1848, p. 224 ; *Gazette des hôpitaux*, 1848, t. X, p. 92.

(5) Bach, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1852, p. 424.

(6) Maisonneuve, *Des opérations applicables aux maladies des ovaires*, thèse. Paris, 1850, et *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, t. I, 1851.

(7) Hergott et Michel, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1859, p. 31.

(8) Boinet, *Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 787.

(9) Jobert (de Lamballe), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 18 novembre 1856, t. XXII, p. 142.

(10) Richard, *Gazette hebdomadaire*, 1462, p. 105.

(11) Demarquay, *Gazette médicale de Paris*, 1862, p. 529.

(12) Sédillot, in Pingaud, *Des indications et contre-indications de l'ovariotomie*. Strasbourg, 1863.

définitif dans la chirurgie. [[M. Péan a admis que même à Paris, l'ovariotomie peut être pratiquée avec des chances de succès. Cet auteur admet que, « même dans les cas les plus graves et les plus désespérés, l'ovariotomie peut donner, à Paris, une proportion de succès au moins aussi grande que dans tout autre pays, et que la guérison qui, dans les cas extrêmes, est toujours très-difficile à obtenir y serait la règle, si l'opération était faite de bonne heure, avant que des complications de toutes sortes soient venues susciter les plus grandes difficultés (1) ».]]

2° *Statistique.* — Depuis le moment où l'ovariotomie a été pratiquée pour la première fois, comme on le voit, elle a subi des phases bien diverses : tour à tour rejetée avec horreur ou admise avec enthousiasme, elle a fini par trouver sa place au nombre des opérations chirurgicales les plus utiles.

Dans les premiers temps, il faut attribuer la majorité des insuccès à des erreurs de diagnostic, à l'imperfection des procédés opératoires ; aussi doit-on surtout ne prendre, pour juger sainement la question, que le résultat des opérations pratiquées dans ces dernières années.

Dans le tableau dressé par Chéreau (juin 1844) on ne trouve sur 68 cas d'ovariotomie que 28 guérisons; cette proportion, qui déjà semblait plus favorable qu'on ne l'aurait supposé, à l'extirpation des ovaires, est cependant aujourd'hui notablement dépassée, puisque, d'après Kœberlé, la statistique générale établit qu'une opérée sur deux guérit presque partout. En 1845, Atlee a publié une statistique d'après laquelle on constate 37,62 insuccès sur 100 opérations. Depuis ce moment, dit le même auteur, la mortalité a diminué d'environ 40 pour 100].

S. Lee (2), jusqu'en 1846, a donné le résumé de 114 opérations sur lesquelles 74 ont été suivies de succès, c'est-à-dire 1 sur 3.

En 1854, P. J. Buckner (3) a fait un rapport à la Société de l'État de l'Ohio contenant tous les cas opérés dans l'État. Il y avait 11 opérations, dont 5 furent suivies de mort.

Depuis 1854, dans l'Ohio, il s'est pratiqué 13 nouvelles ovariotomies; 5 furent suivies de guérison, ce qui en définitive donne pour l'Ohio 11 succès sur 24 opérations (4).

Depuis cette époque, l'ovariotomie a été nombre de fois pratiquée. J. Clay (5) a donné le résumé d'un grand nombre de cas, et il montre que sur 395 opérations terminées, 212 ont été suivies de guérison. On voit déjà dans ces chiffres des résultats encourageants et qui justifient pleinement une opération aussi grave. Mais, à mesure qu'on avance, les résul-

(1) Péan, *L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès*, 1869.

(2) S. Lee, *On tumors of the uterus*, p. 210, et *Append.*, p. 264.

(3) Buckner, *Med. Times and Gazette*, 14 mai 1859.

(4) *Lancet*, 5 février 1859, p. 142.

(5) Clay, *Chapters on diseases of the ovaries*. London, 1860.

tats s'améliorent encore, et, pour ne prendre que ceux obtenus par les ovariotomistes en renom, nous voyons que :

[1° Clay (de Manchester), jusqu'au mois d'août 1863, avait pratiqué l'ovariotomie simple ou double 105 fois, et que 72 de ses opérés ont guéri. A la même époque, M. Courty (1) compte sur 42 cas 22 guérisons et 20 morts.

2° Tyler Smith, jusqu'en 1864, sur 21 opérations, a obtenu 16 succès.

3° Baker Brown, jusqu'au mois d'avril 1864, a pratiqué 64 opérations, et 34 fois a conservé la vie à ses malades.

4° Bird, jusqu'en 1860, a réussi 8 fois sur 12 pour des extirpations complètes de tumeurs ovariques.

5° Keith, en 1863, sur 9 ovariotomies, ne compte que 3 revers.

6° Spencer Wells a publié en 1865 un volume (2) qui constitue un des documents les plus importants en faveur de l'ovariotomie. Chaque cas y est rapporté avec tous les détails désirables ; l'opération y est décrite avec le plus grand soin, ainsi que les suites de l'opération. La description et l'étude histologique de chaque tumeur y sont minutieusement rapportées. Les raisons qui ont décidé l'opération, le milieu où elle s'est faite, tout y est indiqué scrupuleusement. Enfin le nombre des opérations est imposant : 114 ovariotomies ont été faites dans l'espace de près de sept ans, depuis le 19 février 1858 jusqu'au 30 novembre 1864, et à celles-là il faut ajouter un cas unique dans lequel l'ovariotomie a été faite deux fois sur la même patiente, qui a succombé sept jours après la deuxième opération.

Sur les 114 observations d'extirpation de l'ovaire complet, 76 malades ont guéri, 38 sont mortes. Des 76 qui ont guéri, 4 ont succombé depuis l'opération, deux ans plus tard, à la suite d'une hémiplégie, 3 d'un cancer abdominal, dix mois, quatre mois, six semaines après. 72 opérées se portent bien, sauf une, chez qui on a lieu de supposer l'existence d'une affection de l'ovaire opposé ; 5 ont eu des enfants.

Dix fois seulement (ces faits n'entrent pas dans les 114 précédents) l'opération n'a pu être complétée, et une fois la tumeur n'a pu être enlevée en totalité. [[L'éminent chirurgien a publié en 1872 une seconde édition de cet important traité (3). Le nombre des ovariotomies pratiquées par lui était alors de 500, en y comprenant les 114 qui viennent d'être mentionnées. Sur ce total, l'auteur n'a eu que 127 décès, et, comme l'auteur le fait remarquer, la moyenne de la mortalité tend à s'abaisser tous les jours.]] Ces chiffres ont, on le voit, une éloquence qui n'admet point la discussion, et la lecture des observations montre combien la précision du diagnostic, les perfectionnements apportés à l'opération et les soins donnés aux malades étaient les éléments qui manquaient aux premiers opé-

(1) Courty, *Excursion chirurgicale en Angleterre.* Paris, 1861, p. 35.
(2) Spencer Wells, *Diseases of ovaries.* London, 1865.
(3) Spencer Wells, *On diseases of ovaries.* London, 1872.

rateurs. Voilà les succès obtenus en Angleterre; mais depuis quelques années la France n'a rien à lui envier. Les premiers revers survenus entre les mains les plus habiles avaient découragé les chirurgiens ; mais M. Kœberlé, comme Spencer Wells, a publié les observations complètes des ovariotomies pratiquées par lui. [[Le nombre des ovariotomies pratiquées par M. Kœberlé depuis le 2 juin 1862 jusqu'au 30 octobre 1869, est de 120. Dans sa première statistique, publiée au commencement de 1868, le nombre des ovariotomies était de 69. Ces 69 opérations avaient donné 45 guérisons et 24 morts. Depuis cette première statistique le savant chirurgien a pratiqué 51 ovariotomies simples ou doubles. Dans un cas de tumeur fibreuse, les deux ovaires ont été extirpés en même temps que l'utérus ; la malade est guérie. Une autre fois l'opération fut pratiquée pour remédier à une rétroversion qui mettait la vie de la femme en danger, l'utérus fut redressé et la guérison survint au bout d'un mois par la fixation du pédicule à la paroi abdominale.

Ces 51 opérations ont donné 39 guérisons, et 12 morts. M. Kœberlé sur ces 120 cas d'ovariotomie a eu 84 guérisons et 36 morts.]]

Si l'on admet que tous les insuccès n'ont pas été connus, les résultats resteront encore, relativement à ceux que donnent toutes les autres grandes opérations qui se font tous les jours, assez beaux pour qu'on n'hésite pas à pratiquer l'ovariotomie. La femme atteinte d'un kyste de l'ovaire, surtout dans les cas où la tumeur n'est pas de celles qui sont justiciables de la ponction et des injections iodées, est destinée à traîner pendant un temps variable, mais généralement assez court, une vie misérable, elle est frappée mortellement. L'extirpation peut la rendre à la santé, à la vie commune, si elle est faite dans des conditions favorables. Elle doit donc être tentée : elle constitue un véritable progrès, une conquête de l'art chirurgical. Il s'agit maintenant de déterminer dans quels cas il faut opérer, quelles sont les conditions qui favoriseront les succès, enfin quelles sont les règles qu'il faudra suivre dans l'opération et les soins que nécessitent les suites de l'opération.

3° *Indications.* — Laissons de côté les exagérations de certains chirurgiens qui veulent que l'ovariotomie soit pratiquée dès qu'ils ont constaté la présence d'un kyste de l'ovaire, et de ceux qui n'entendent faire de l'extirpation des ovaires qu'une ressource extrême dans les cas où tous les autres moyens chirurgicaux et médicaux ont échoué. Kœberlé a formulé avec le plus grand soin et la plus grande netteté les indications de l'opération. Nous ne pourrons donc faire mieux que de le citer textuellement :

1° La malade doit jouir d'une bonne constitution.

2° L'affaiblissement ne doit pas être trop considérable.

3° La malade doit manifester le désir formel d'être opérée, et être convaincue de la nécessité et de l'utilité de l'opération.

4° Toutes les tumeurs des ovaires, pourvu qu'elles ne soient pas de nature cancéreuse, sont susceptibles d'être extirpées. Tels sont : 1° les kystes uniloculaires, dans lesquels le liquide, d'ailleurs incolore et séreux, tend à se reproduire rapidement; ceux dont le contenu est épais, visqueux, de couleur foncée ; 2° les kystes multiloculaires, dont le contenu albumineux est séreux, colloïde, gélatineux, soit incolore, soit de couleur foncée ou blanchâtre ; 3° les tumeurs solides, ou en partie solides (sarcome, cysto-sarcome) ; 4° les kystes dermoïdes.

Les tumeurs libres, d'un volume moyen, celles qui ne présentent que des adhérences peu étendues, peu vasculaires, et dont le pédicule est long et étroit, sont donc les conditions les plus favorables.

5° L'extirpation est indiquée lorsque la maladie suit une marche progressive et que la vie de la malade est sérieusement menacée.

Il y a urgence d'opérer, lorsque les tumeurs tendent à augmenter rapidement, et lorsque la reproduction du liquide évacué s'opère promptement, et même lorsque le *statu quo*, sans être une cause de souffrance et de troubles fonctionnels continus, amène cependant le dépérissement et l'amaigrissement.

6° Le moment d'opportunité pour l'opération est celui où une ponction palliative va bientôt devenir nécessaire, par suite du trouble que le volume de la tumeur menace d'apporter ou occasionne déjà aux fonctions de l'économie.

7° Les tumeurs compactes et les kystes multiloculaires, à petites loges, doivent être extirpés, autant que possible, avant qu'ils aient acquis un volume trop considérable, soit de 25 à 30 centimètres de diamètre, quand même ils ne donnent pas lieu à des accidents immédiats ; parce que, si l'on ne peut évacuer partiellement leur contenu, et s'ils doivent être extirpés en bloc, l'incision des parois abdominales deviendrait trop considérable, et la gravité de l'opération augmenterait en proportion.

8° Ce ne sont pas seulement les tumeurs d'un grand volume qui doivent être opérées ; tandis que des tumeurs énormes restent parfois très-supportables, des tumeurs d'un faible développement occasionnent souvent des troubles graves; mais alors elles sont enclavées dans l'excavation pelvienne qu'elles obstruent complétement, et elles présentent des adhérences qui donnent lieu à des difficultés d'extraction très-considérables, sinon toujours insurmontables.

9° L'ovariotomie doit être entreprise, autant que possible, quelques jours avant ou après l'époque menstruelle ; mais, du reste, l'apparition même immédiate des règles ne paraît pas avoir d'influence bien marquée sur les suites de l'opération.

10° Le traitement palliatif, par les ponctions répétées, n'est applicable qu'aux kystes multiloculaires, dans les cas où le liquide se reproduit très-lentement, surtout lorsque la malade a passé l'époque de la ménopause, et lorsque l'ovariotomie est contre-indiquée.

[[Freund (de Breslau) (1) a admis que certains phénomènes inflammatoires à marche aiguë, tels que péritonite locale ou générale, l'inflamma-

(1) Freund, *Beitrag zur Indication der Ovariotomie Beiträge zur Geburtshülfe und Gynakologie*, t. II, fasc. 1, 1872).

tion des parois du kyste avec sécrétion purulente, sont une indication de pratiquer l'ovariotomie le plus tôt possible.

Les chirurgiens anglais ont démontré, d'après lui, que dans ces cas, non-seulement l'ovariotomie était indiquée, mais que l'indication en était pressante, précisément à cause des dangers que courait l'état général des malades.]]

4° *Contre-indications.* — Quant aux contre-indications, elles seront surtout tirées de l'état général, des conditions morbides de l'organe, de l'âge de la malade et de certaines circonstances particulières.

Une maladie concomitante grave ou mortelle, le cancer, le tubercule, la syphilis, l'anémie, etc. ; une affection du cœur, du système nerveux, du foie, etc., etc., sont autant de motifs d'abstention.

L'âge moyen et l'âge avancé, l'indocilité des malades, le volume excessif de la tumeur, la difficulté ordinaire des éructations qui favorisera le développement d'une tympanite, sont des conditions défavorables.

On devra aussi s'abstenir dans les cas où le kyste ne donne lieu à aucun trouble, ou se développe lentement. Enfin l'opération sera encore contre-indiquée chaque fois que le diagnostic reste douteux ou que le chirurgien peut concevoir le moindre soupçon de l'existence d'une grossesse.

[[Mais la grossesse ne paraît pas devoir être une contre-indication aussi formelle que le pense M. Churchill, à l'opération. M. Goddard a en effet communiqué à la Société obstétricale de Londres un cas d'ovariotomie pratiquée par Spencer Wells, chez une femme enceinte, vers la fin du second mois. Malgré l'opération, la grossesse continua pour se terminer par un accouchement à terme d'un enfant vivant. M. Ross a aussi rapporté un fait semblable d'ovariotomie pratiquée par M. Spencer Wells dans des conditions défavorables. « La tumeur ovarienne, dit-il, datait de dix-huit mois, et depuis son apparition, la malade avait eu quatre grossesses et quatre accouchements normaux à terme; la tumeur semblait diminuer de volume pendant la grossesse. Il y a un an le kyste prit un développement rapide, et M. Wells fit l'ovariotomie à la fin du second mois d'une cinquième grossesse; celle-ci se continue, et l'accouchement est attendu d'un jour à l'autre. »

M. Spencer Wells a ainsi pratiqué quatre fois l'ovariotomie chez des femmes enceintes; ses quatre opérées ont guéri (1).

A côté de ces faits encourageants, nous devons placer une observation publiée par M. Gillette, dans laquelle la malade opérée par M. E. Cruveilhier dans le cours d'une grossesse arrivée à deux mois, fit une fausse couche deux jours après, et succomba quelques jours plus tard (2).

Quant à la menstruation, elle ne paraît pas être non plus un obstacle à l'opération. Knight (de Baltimore) a publié l'observation d'une malade qui

(1) *Med. Tim. and Gaz.* et *Revue de thérap. méd.-chir.*, 15 juillet 1872.
(2) Gillette, *Union med.*, octobre 1872, n. 127, p. 646.

fut opérée en pleine menstruation et qui guérit parfaitement. Elle eut un suintement sanguin par la cicatrice aux trois premières époques menstruelles qui suivirent l'opération (1).]]

Les traitements antérieurs, lorsqu'ils n'ont pas été suivis de péritonite, n'ont pas une influence fâcheuse sur le résultat des opérations.

5° *Pronostic.* — Le pronostic est très-grave, surtout après la première moitié de la vie et en dehors de toutes les causes d'erreur de diagnostic.

La malade peut mourir pendant ou après l'opération à la suite de troubles nerveux profonds, d'hémorrhagie, d'épuisement, de péritonite soit immédiate, soit consécutive.

Le pronostic est moins grave lorsque l'état général est bon, lorsque la tumeur est moyenne, uniloculaire, sans adhérence au foie, à la rate, aux intestins, au cul-de-sac péritonéal postérieur et à l'utérus; lorsque le pédicule est assez long pour que, la ligature une fois placée, la partie liée puisse être amenée hors de l'abdomen.

6° *Procédé opératoire.* — *Soins préliminaires.* — Nous ne discuterons pas ici la question de savoir s'il vaut mieux opérer par la grande ou la petite incision, comme le faisaient les premiers opérateurs; la pratique des Clay, Baker Brown, Sp. Wells et Kœberlé a prononcé.

L'incision doit être étendue, car dans ces conditions elle donne plus de facilité au chirurgien et plus de sécurité à la malade.

L'opération une fois décidée, le lieu où elle se fera une fois choisi, on procédera de la façon suivante :

a. La chambre sera suffisamment aérée, la température en sera maintenue à 70 degrés Fahrenheit (20 degrés centigrades environ) (Sp. Wells).

b. La patiente sera placée dans la position horizontale sur un lit un peu ferme, étroit, exposé à une bonne lumière; elle sera enveloppée de flanelle sur tout le corps, excepté à la face et au ventre; sous la flanelle on placera une toile cirée (Sp. Wells).

c. L'anesthésie sera aussi complète que possible et sera continuée pendant toute la durée de l'opération, qui a généralement varié entre les mains de M. Kœberlé entre une heure et demie et deux heures. [[Pour l'obtenir, Spencer Wells fait usage du bichlorure de méthylène depuis plusieurs années; avec cet agent il assure avoir observé rarement les nausées et les vomissements, si fréquents lorsqu'on se sert du chloroforme.]]

Premier temps, incision des parois abdominales ; ouverture de la cavité péritonéale. — *a.* L'opérateur placé au côté droit de la malade incise couche par couche la paroi abdominale sur la ligne médiane. L'incision aura une étendue de 9 à 12 centimètres en partant de quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et en allant vers l'ombilic. S'il est nécessaire, on ne craindra pas de la prolonger jusqu'à l'appendice xiphoïde

(1) Knight, *Americ. Journ. of the med. sciences*, octobre 1872, p. 436.

(fig. 215). Avant d'inciser le péritoine, on aura soin d'arrêter tout écoulement de sang provenant des vaisseaux pariétaux.

b. Le péritoine sera incisé sur une sonde cannelée et la tumeur sera mise à nu.

c. S'il existe un épanchement ascitique, on pourra laisser échapper une petite quantité de liquide; mais un aide devra repousser la tumeur en avant pour retenir ce qui restera de liquide afin de protéger les intestins.

d. Le doigt ou même la main plongée dans la cavité abdominale constatera la présence ou l'absence d'adhérences. Si la chose est possible, les adhérences entre la tumeur et les parois abdominales seront détruites avec la main pendant que le kyste est encore entier. Les adhérences qui existeraient entre l'ombilic ou les intestins seront de préférence détruites après l'évacuation du liquide, lorsqu'elles seront plus accessibles à la vue.

Second temps. — Ponction et extraction de la tumeur, hémostase provisoire. — a. Lorsque la tumeur est libre de toute adhérence avec les parois abdominales, on la ponctionne.

Nélaton se sert d'un trocart (fig. 205 et 206) de fort calibre, à robinet, muni d'un ajutage avec tube de caoutchouc et d'un point d'arrêt B dans la continuation de la canule. Cette disposition est destinée à empêcher la canule du trocart de s'échapper du kyste au moment où l'on évacue le liquide.

Pour éviter autant que possible l'infiltration du liquide du kyste le long des parois de la canule dans l'abdomen, on a adapté sur la canule une ampoule de caoutchouc que l'on insufle au moyen d'une poire à air également de caoutchouc, la canule étant en place après la ponction du kyste. L'ampoule une fois insufflée, les parois de la tumeur sont interposées entre cette boule et la rondelle, ce qui empêche toute communication de l'extérieur avec l'intérieur, et *vice versâ*.

On retire alors le piston qui fait rentrer le poinçon dans la canule, et le liquide s'échappe par le tube.

Le robinet sert à empêcher la sortie de l'air lorsque l'ampoule est insufflée, et il permet, étant fermé, de retirer la poire.

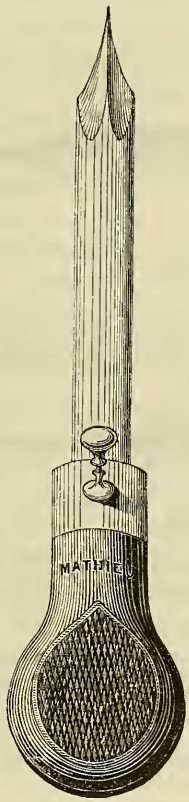
Cet instrument a été expérimenté plusieurs fois, et il a paru répondre aux desiderata qui avaient été exprimés.

Au trocart, qui avait l'inconvénient de déchirer les parois du kyste, M. Mathieu a substitué dans un modèle plus simple un poinçon. Une fois le poinçon introduit dans le kyste, on laisse la canule en place, et, au moyen du piston, on fait rentrer la pointe dans la canule jusqu'au point; cette manœuvre produit un léger mouvement d'aspiration et le liquide s'échappe par un tube de caoutchouc qui s'adapte sur un ajutage fixé vers le milieu de la canule.

Après l'opération pratiquée à Saint-Germain, Nélaton et Demarquay (1)

(1) Nélaton, *Kyste de l'ovaire multiloculaire* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1861-1862, t. XXVII, p. 405).

ont cru qu'il serait bon 1° de faire le trocart plus long, plus gros et droit, muni d'un robinet et d'un point d'arrêt à la base de la canule; 2° d'ajouter une denture aux mors de la pince destinée à maintenir le pédicule, ainsi que le moyen de régler à volonté l'étendue de prise des mors; 3° de multiplier la denture des pinces pour saisir le kyste.



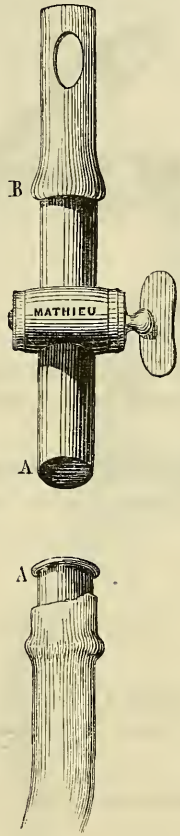


Fig. 205. — Trocart de M. Nélaton. Fig. 206. — Trocart de M. Nélaton (*).

Kœberlé se sert d'un gros trocart qu'il considère comme très-supérieur à tous ceux qu'il a vus jusqu'ici. Nous lui emprunterons la figure et la description de l'instrument :

« Il offre une grande légèreté et se manie avec la plus grande facilité. Il était terminé lorsque j'ai eu connaissance par hasard du trocart Thompson dont il se rapproche beaucoup par son mécanisme et que plus tard j'ai trouvé décrit (1).

(1) *Canstatt's Jahresbericht*, 1861, t. V.

(*) A, douille sur laquelle s'adapte la virole; B, point d'arrêt dans la continuation de la canule.

« Le trocart (fig. 207 et 208), d'un centimètre de diamètre, forme exactement piston dans sa canule. Il suffit de le retirer d'une quantité donnée pour laisser un écoulement au liquide à travers un tube soudé obliquement à cette canule. En cas d'élargissement accidentel de l'ouverture faite par le trocart, cette disposition permet, en poussant la canule au

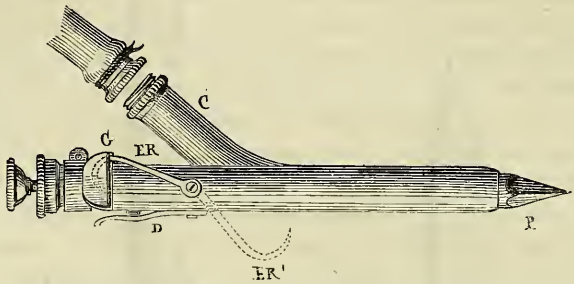


Fig. 207. — Trocart de Kœberlé (*).

delà du point de rencontre des deux tubes, de boucher néanmoins l'ouverture élargie du kyste. L'instrument est muni de deux érignes dont on

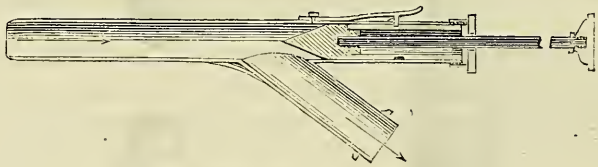


Fig. 208. — Coupe schématique du trocart. (Kœberlé.)

peut faire usage à volonté et au moyen desquelles il reste accroché au kyste, sans qu'on ait besoin de s'en préoccuper pendant l'écoulement du

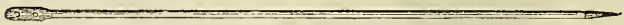


Fig. 209. — Aiguille en forme de trocart munie de deux chas pour les sutures profondes. (Kœberlé.)

liquide et pendant que l'on continue l'opération. Elser, notre habile fabricant d'instruments, à Strasbourg, a imaginé de rendre creux le trocart et la tige qui lui fait suite pour obtenir plus de légèreté. Le poids de l'instrument est de 50 grammes. »

Pendant l'écoulement du liquide, deux aides compriment la paroi abdominale afin de maintenir les viscères et d'éviter les troubles qu'amènerait infailliblement un changement brusque dans l'équilibre circulatoire.

(*) P, pointe du trocart en acier; C, canule d'écoulement; D, ER, érigne; ER', érigne du côté opposé; G, gaîne de l'érigne. (Kœberlé.)

On aura soin que le liquide ne pénètre pas dans la cavité péritonéale, et, le kyste une fois vidé, on épongera avec soin les bords de l'ouverture, et la tumeur elle-même, avant de procéder à l'extraction.

b. Si le kyste offre des adhérences avec les organes abdominaux, on essayera de détruire les adhérences par quelques tractions, ou, si elles sont trop résistantes, on les coupera avec le bistouri. Si des veines ou des artères volumineuses sont coupées ou déchirées, on les liera à mesure, et les fils seront portés vers l'angle supérieur de la plaie. On isolera alors le pédicule de la tumeur, et l'on portera sur ce pédicule une forte ligature le plus loin possible de l'utérus.

c. Si le kyste est multiloculaire, et volumineux, s'il existe plusieurs kystes, chaque loge, quand on ne pourra en détruire les cloisons, chaque kyste sera ponctionné séparément afin de réduire la tumeur aux proportions qui permettent de l'extraire. Nélaton se sert d'une pince forte et à point d'arrêt munie de dents multiples et courtes, pour mieux saisir le kyste sans le déchirer. Quelquefois il arrive qu'on en déchire des lambeaux en essayant de détruire des adhérences : il faut, dans ce cas, lorsqu'on ne pourra en enlever qu'une portion, amener ce qu'il en reste le plus près possible de la plaie extérieure, afin que ces portions y adhèrent et soient détruites au moins partiellement pendant le travail de réparation.

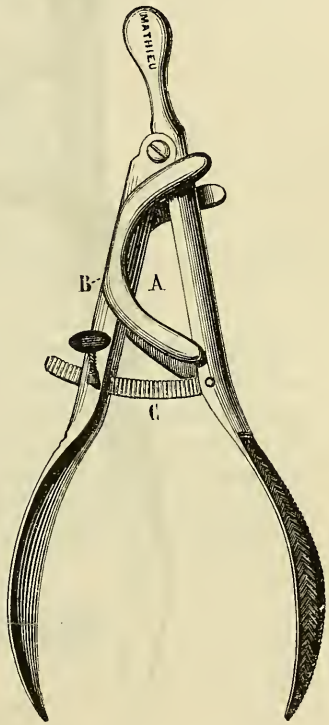


Fig. 210. Pince-serre-pédicule (*).

Troisième temps; ligature et excision du pédicule ; hémostase définitive et épongement de la cavité abdominale. — *a.* Si le pédicule est long, il est étreint à un centimètre ou deux au-dessous de la ligature au moyen d'un *clamp* dont la forme a varié selon les opérateurs.

M. Mathieu a construit une pince-serre-pédicule (fig. 210), disposée de manière à opérer la constriction dans une espèce de triangle à angles arrondis A.

Cette disposition permet de ramasser le pédicule dans un espace qui,

(*) A, triangle à angles arrondis; B, branche formant le croissant; C, crémaillière qui sert à fixer l'instrument.

au fur et à mesure que l'on comprime, evident toujours de plus en plus petit en se rapprochant de la forme circulaire.

Cette disposition a en outre pour avantage de ne pas étaler en long le pédicule, ainsi que le fait le constricteur anglais.

Dans un autre modèle (fig. 211), la pièce A, étant mobile, le pédicule se trouve ramassé et également comprimé en tout sens. Au moyen de la vis D,

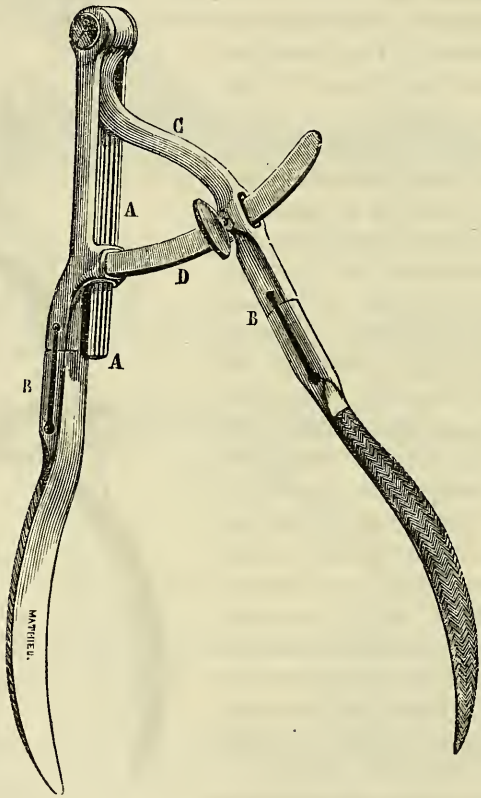


Fig. 211. — Serre-pédicule (*).

on fixe l'instrument, lorsqu'il comprime suffisamment, sur la branche qui traverse la mortaise de la branche C. En appuyant sur les cliquets B, B, on enlève les branches qui sont articulées, et l'on ne laisse en place que la partie triangulaire qui comprime le pédicule.

M. Charrière a également fait un constricteur à chaîne métallique pressant par l'action du treuil ou de la vis; M. Mathieu en a fait un dans le

(*) A, coulisseau ou pène mobile ; B, B, cliquets; C, branche coudée de manière à former le triangle ; D, vis qui fixe la crémaillière.

genre de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac. Lorsque le pédicule est suffisamment comprimé, on fixe la bague mobile et l'on décroche la chaîne qu'on laisse seule en place pour tenir le pédicule.

Kœberlé se sert d'une sorte de constricteur semi-lunaire (fig. 212) à l'aide duquel le pédicule est attiré dans l'angle inférieur de la plaie.

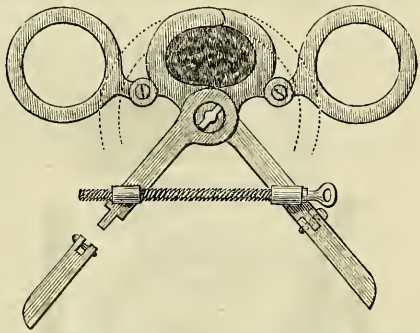


Fig. 212. — Constricteur circulaire représenté complétement ouvert. — Chacune de ses branches présente une articulation qui permet d'en diminuer la longueur. (Kœberlé.)

« Le constricteur circulaire de l'opérateur, fabriqué par Elser, se compose de deux branches séparées, articulées à la manière d'un forceps. Les manches de l'instrument sont serrés par la pression des doigts et sont ensuite fixés par une vis transversale. Chaque manche de l'instrument se termine par une lame courbe, étroite, dont l'extrémité offre une courbure exactement concentrique à l'articulation, et qui se superpose sur la lame opposée. Les deux lames chevauchent l'une sur l'autre, à la manière de

Fig. 213. — Serre-nœud. (Kœberlé.)

Fig. 214. — Serre-nœud muni d'une anse de fil métallique. (Kœberlé.)

ciseaux, en exerçant une constriction très-régulière, grâce à l'espace de forme circulaire qu'elles interceptent par leur concavité, jusque vers le moment de leur rapprochement complet. A chaque lame courbe est annexé un anneau métallique mobile, destiné à s'appliquer sur la paroi abdominale et à empêcher l'instrument d'être entraîné par le pédicule ovarique. La concavité de chacune des deux lames courbes présente un bord mousse,

Le constricteur circulaire peut être enlevé très-facilement, grâce à la manière dont ses branches se désarticulent. Le peu de largeur des lames constringentes permet de tenir la plaie très-propre. »

b. Si le pédicule est court, Kœberlé l'étreint fortement au moyen d'un fil métallique et d'un serre-nœud. Celui qu'il a adopté (fig. 213 et 214) fonctionne, d'après le mécanisme du serre-nœud d'A. Dubois, au moyen

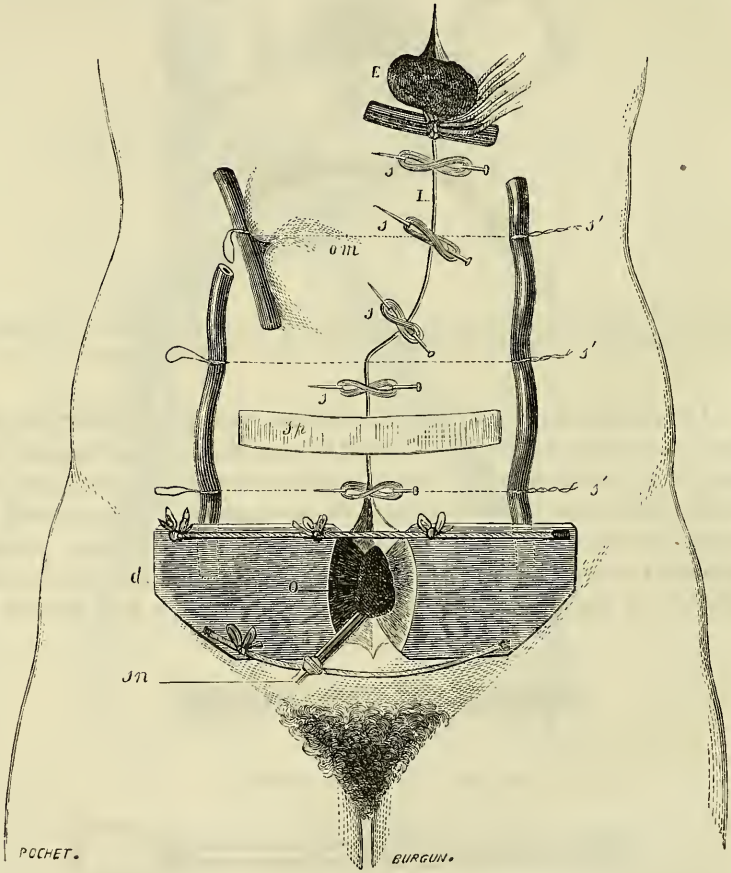


Fig. 215. — Ovariotomie. Appareil de pansement (*).

d'une vis contenue dans une gaîne, entraînant par son mouvement de rotation l'écrou auquel se trouve fixée l'anse de fil de fer. La longueur totale de l'instrument est de $0^m,10$ à $0^m,15$. La longueur de la vis est de 6 centimètres. L'extrémité inférieure de l'instrument offre un orifice élargi

(*) I, incision; E, épiploon momifié; O, ovaire droit momifié; *s*, sutures superficielles; *s'*, sutures profondes; *sp*, suture au sparadrap; L, ligatures épiploïques; *sn*, serre-nœud du pédicule de l'ovaire gauche; *h*, hernie ombilicale; *om*, ombilic; *d*, appareil dilatateur de plomb. (Kœberlé.)

transversalement pour le passage de l'anse métallique. Les bords latéraux de cet orifice sont courbes, de manière à se prêter à la courbure de l'anse du fil auquel ils servent de surface de réflexion, et pour empêcher sa section au moment de la constriction, ce qui résulte des instruments analogues dont les deux ou dont l'un des côtés de l'orifice sont parallèles à l'axe

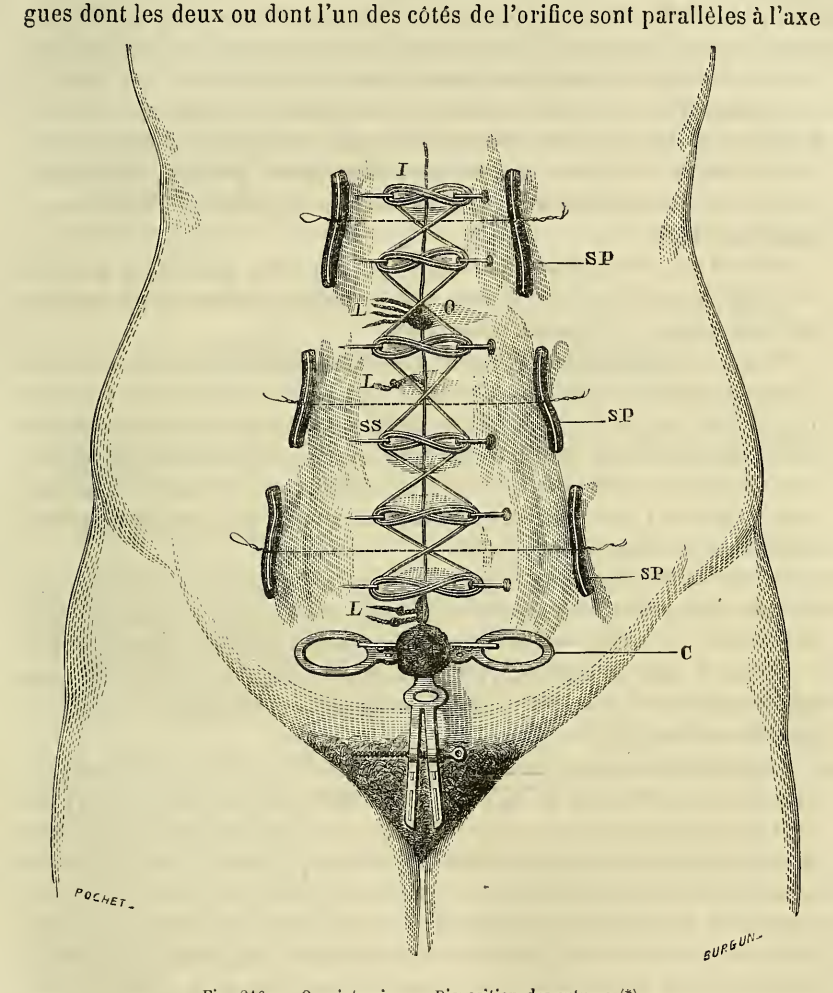


Fig. 216. — Ovariotomie. — Disposition des sutures (*).

de traction. L'écrou doit jouer très-librement dans la gaîne. La vis se serre au moyen d'une clef. La largeur de l'extrémité inférieure de l'instrument est de 10, 15 et 20 millimètres. »

(*) I, incision; S S, suture superficielle; S P, suture profonde; P, pédicule de la tumeur ovarique traversée par une tige d'acier; C, constricteur étreignant le pédicule O, ombilic; L, L, ligatures. (Kœberlé.)

[[Suivant Marion Sims, le clamp doit perdre de son importance et, soit que l'on place le pédicule à l'angle inférieur de la plaie, soit qu'on le coupe au ras d'une ligature, en l'abandonnant librement dans la cavité péritonéale, on obtient à peu près les mêmes résultats.

Marion Sims a adopté le précepte de lier le pédicule avec un fil d'argent. Quand il est étroit, il le traverse d'un fil double dont chacune des anses est fortement tordue sur une moitié du pédicule. S'il est épais, il le fragmente en un nombre suffisant de parties dont chacune est assujettie à l'aide d'un fil métallique. Suivant l'auteur, d'ici peu de temps, les divers procédés de ligature du pédicule céderont le pas à la torsion des artères ou à leur oblitération par l'énucléation du pédicule d'avec les tuniques du kyste.

Suivant lui, on aurait attribué une importance trop grande à la question du pédicule, et si l'on veut obtenir une mortalité moindre, c'est dans une autre direction qu'il faut porter ses vues.

Il pense que la cause principale de la mort dans l'ovariotomie n'est ni l'hémorrhagie ni la péritonite, mais la *septicémie*, et dès lors il croit que le meilleur moyen d'éviter cette complication, c'est d'évacuer au dehors les liquides morbides épanchés dans le péritoine, en pratiquant la perforation du cul-de-sac de Douglas. Cette perforation est d'ailleurs très-simple à faire pendant l'opération de l'ovariotomie, et cette modification n'aggrave nullement les dangers de l'opération.

Puis il suffit de placer dans l'ouverture ainsi pratiquée un tube qui permet l'évacuation complète et incessante des liquides accumulés dans le péritoine, et de faire au besoin des injections détersives. (Marion Sims.)

Depuis le mois de mai 1872, Marion Sims a appliqué quatre fois cette méthode, et elle lui a, dit-il, dans des cas presque désespérés, rendu de grands services (1).]]

c. La tumeur est alors excisée, et il faut, avec le soin le plus minutieux, déterger le petit bassin et l'abdomen des caillots et des liquides qui peuvent s'y être épanchés au moyen d'éponges fines trempées dans l'eau tiède et convenablement exprimées. Cette partie de l'opération est quelquefois très-longue, car il faut souvent y revenir dix, quinze fois, et ne laisser aucune trace de liquide dans l'abdomen. C'est là une des parties les plus importantes de l'opération. [[Spencer Wells attache la plus grande importance à cette *toilette du péritoine*. Cet auteur n'a jamais vu qu'il y eût inconvénient à la faire aussi complète que possible, et il a quelquefois regretté d'avoir négligé certains détails dans ce temps de l'opération.]]

d. On repousse, on replace dans la cavité abdominale tous les organes qui ont pu momentanément être attirés vers l'incision.

Quatrième temps. — Fixation du pédicule et réunion de la plaie. — On

(1) Marion Sims, *On ovariotomy* (*New-York medical Journal*, décembre 1872, p. 561 et *Revue des Sciences medicales*, t. I, n. 2, p. 729, 1873).

réunit alors la partie supérieure de l'incision abdominale au moyen de quelques points de suture entortillée ou de suture enchevillée. La suture entortillée réunira la peau superficiellement; la suture enchevillée servira à obtenir la réunion des parties profondes. Les figures 215 et 216 montrent la manière dont ces sutures sont disposées. La figure 217 montre l'aiguille armée d'un double fil de fer entortillé autour de deux fragments de sonde de gomme, et indique la manière de disposer les fils.

La réunion superficielle peut encore être assurée au moyen de quelques bandelettes de sparadrap (fig. 215). Les fils des ligatures sont autant que possible réunis en masse et fixés au dehors.

La figure 216 montre le constricteur étreignant le pédicule qui est traversé par une tige d'acier dont les extrémités appuient sur le constricteur.

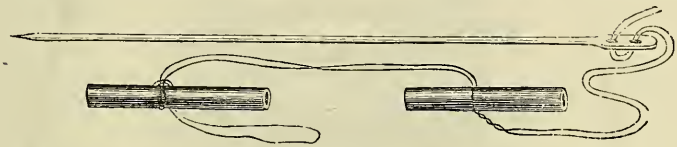


Fig. 217. — Aiguille munie d'un double fil de fer entortillé autour de deux morceaux de sonde de gomme pour montrer la manière de disposer les fils métalliques d'une épaisseur de 0mm, 3. (Kœberlé.)

Quand le pédicule est trop court, il est étreint au moyen d'un fil métallique graduellement serré au moyen du serre-nœud qu'on laisse dans la partie inférieure de la plaie. Celle-ci, dans ce cas, est conservée béante au moyen d'un dilatateur qui en protége les lèvres.

Ce dilatateur (fig. 215 et 218) est composé de deux lames de plomb dont chacune est formée de deux parties, l'une horizontale destinée à être appliquée sur la peau, l'autre perpendiculaire en forme de gouttière à concavité interne. Introduites séparément dans la plaie, ces deux valves peuvent être maintenues écartées par deux tiges transversales fixées par un mécanisme très-simple.

C'est dans cet intervalle qu'on dispose le serre-nœud, lequel est soutenu de façon à subir le moins de déplacements possible. Pour compléter cette description, nous placerons ici la figure 219, schématique, donnée par M. Kœberlé, pour montrer la disposition des parties et l'appareil après l'opération.

La malade est bien réchauffée, entourée de linges secs; le chloroforme est cessé, et on la place alors dans un lit préalablement bassiné.

7° *Soins consécutifs.* — Kœberlé conseille de continuer encore pendant une heure ou deux avec les mains la compression établie pendant l'opération, surtout s'il y a des efforts de vomissements. Sp. Wells place sur le ventre une vessie de caoutchouc remplie d'eau chaude et maintenue par une ceinture de flanelle. Kœberlé, au contraire, recouvre le ventre d'un taffetas ciré, d'un drap plié par-dessus le tout, et de chaque côté de

l'incision il place une vessie contenant 1000 ou 1500 grammes de glace pilée dont il continue l'usage pendant une semaine environ. Cet abaissement de la température arrête toute hémorrhagie, prévient le travail inflammatoire et offre encore l'avantage d'atténuer la putréfaction des liquides ou des tissus ambiants. La propreté la plus exquise doit être observée pendant toute la durée du traitement; on fera des lavages trois ou quatre

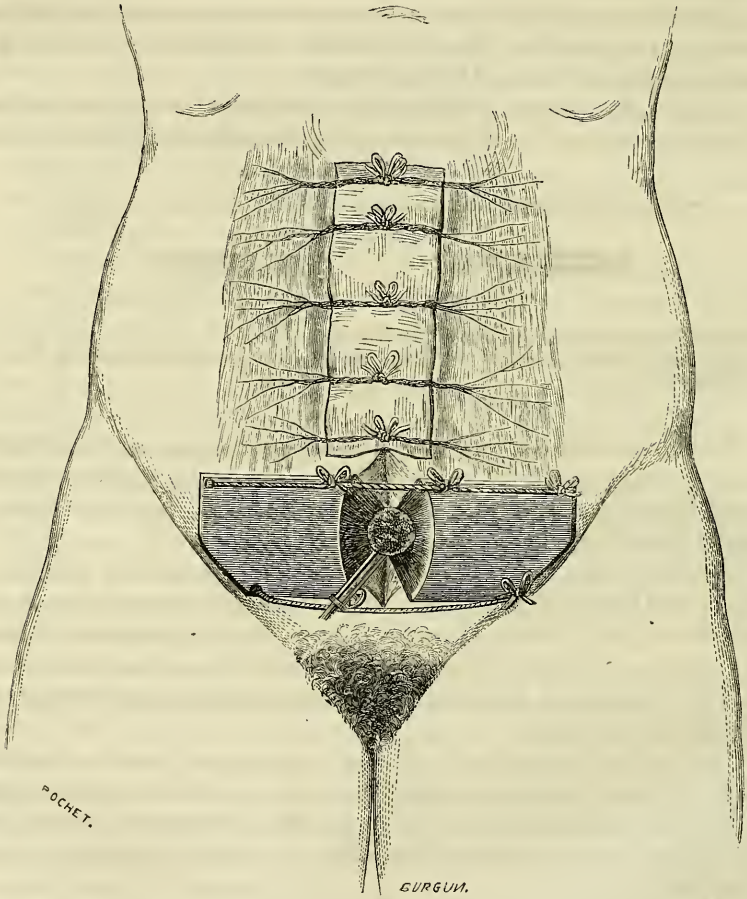


Fig. 218. — Appareil de pansement, après extraction des points de suture. (Koeberlé.)

par jour. Si le pédicule avait quelque tendance à exhaler une mauvaise odeur, Kœberlé conseille de l'enduire de perchlorure de fer qui le momifie et le dessèche aussitôt, comme l'indique la coloration noire du pédicule dans toutes nos figures. Ce chirurgien a même adopté plus tard cette précaution dès le premier jour de l'opération. Chaque jour on rapproche

de plus en plus les mors du constricteur, ou, suivant le cas, on resserre l'anse du fil métallique au moyen du serre-nœud.

Du cinquième au septième jour, on enlève les épingles de la suture entortillée, et on la remplace par une couche de collodion appliquée de chaque côté de la plaie et dans laquelle on place des fils de coton laissés libres au niveau de la plaie et réunis par des nœuds qu'on serre à volonté (fig. 218). Au moyen de ces fils maintenus pendant quinze ou vingt jours, et retirés successivement, on peut s'opposer et à l'écartement des lèvres de la plaie fraîchement cicatrisée et au tiraillement produit sous l'influence de la distension des parois abdominales ou des efforts. La fi-

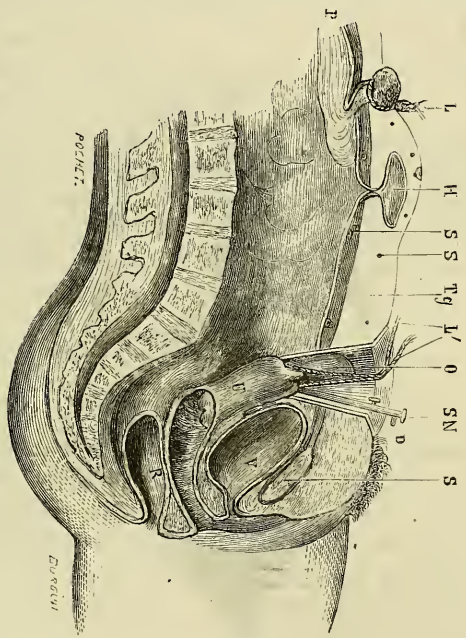


Fig. 219. — Coupe schématique destinée à montrer la disposition des parties et l'appareil après l'opération (*).

gure 220 montre l'appareil au seizième jour de la troisième ovariotomie pratiquée par Kœberlé : on enlève les sutures profondes qu'il est quelquefois nécessaire de laisser un peu plus longtemps et qui ne sont ôtées que successivement et non toutes à la fois. Il faut, jusqu'à ce que la partie mortifiée du kyste qui est retenue au dehors, comme on le voit (fig. 220) au moyen d'une tige d'acier qui le traverse, soit complétement détachée,

(*) P, épiploon; H, hernie ombilicale; S, sutures superficielles; S', sutures profondes ne comprenant pas le péritoine; L, ligatures de l'épiploon; L', ligatures des ovaires; O, ovaire droit; S N, serre-nœud; U, utérus; V, vessie; R, rectum; S, Symphyse pubienne; D, dilatateur; T *g*, tissu graisseux de la paroi abdominale dont la partie incisée est comprise entre deux lignes ponctuées. (Kœberlé.)

maintenir la partie inférieure de la plaie béante. On a atteint ce but au moyen de tubes de caoutchouc fenestrés, de tubes à drainage, de tubes de verre,introduits entre les lèvres de la plaie. [[Nous trouvons résumées dans un excellent mémoire du docteur Gallez (1), les diverses opinions des chirurgiens à ce sujet, nous ne pouvons mieux faire que de lui emprunter les quelques lignes qui vont suivre.

« Boinet, à cet effet, faisait d'abord usage d'un drain en caoutchouc,

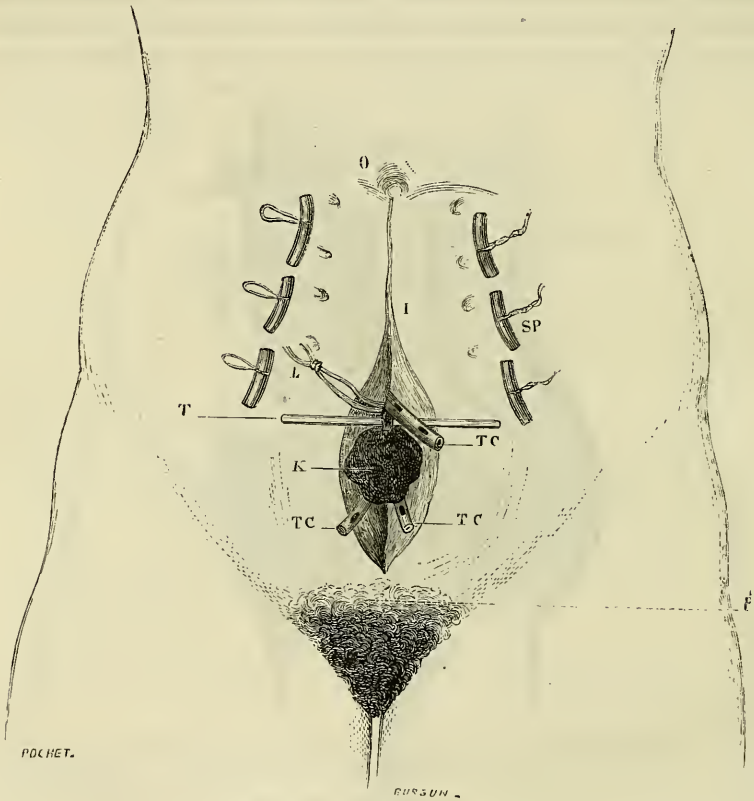


Fig. 220. — Appareil au sixième jour (*).

mais il a aujourd'hui complétement renoncé à ce moyen évacuateur de la sérosité ou de tout autre épanchement qui pourrait se former; il le considère comme un procédé mauvais et souvent dangereux. En contact continuel avec le péritoine et les organes du petit bassin, les drains,

(1) Louis Gallez, *Histoire des kystes de l'ovaire*. Bruxelles, 1872.

(*) O, ombilic; I, incision; Tc, tube de caoutchouc fenêtré; K, kyste imprégné de perchlorure de fer; T, tige d'acier traversant le kyste pour le maintenir à demeure fixe au dehors; P, niveau du bord supérieur du pubis; L, ligatures; SP, suture profonde. (Koeberlé.)

tubes ou canules les enflamment, les font suppurer, et en outre laissent pénétrer l'air dans la cavité abdominale, d'où péritonite par décomposition des liquides. Il ne conseille aujourd'hui le placement d'un tube dans l'angle inférieur de la plaie, que si du pus ou de la sérosité purulente s'était formée dans le fond du petit bassin ou dans les environs du pédicule ; si ces liquides s'écoulent seuls le long du pédicule sur la partie inférieure de la plaie, il préfère les laisser s'écouler ainsi que de placer une sonde à demeure dans le ventre, c'est aussi la pratique de Stilling.

« Fermer aussi complétement que possible l'incision abdominale en ne laissant ni sang ni liquide dans la cavité abdominale, employer le moins de ligatures possible, sont pour Boinet les conditions qui donnent le plus de garanties pour le succès.

« Tyler Smith se servait d'une sonde d'argent courbe, et munie d'un tube évacuateur en caoutchouc.

« Kœberlé, qui avait d'abord employé les tubes de caoutchouc, les remplaça par des tubes de verre dans sa quinzième ovariotomie, il y attache une grande importance ; il obtient ainsi l'évacuation complète de la sérosité sanguinolente qui s'amasse dans le bassin pendant les premiers jours, et forme ordinairement le foyer d'une péritonite ou d'une collection purulente consécutive. Les liquides s'écoulent par les tubes ou sont extraits par aspiration.

« L'abbé imite cette pratique et emploie des tubes de verre à extrémités mousses et à trous latéraux.

« Péan trouve, comme Boinet aujourd'hui, qu'il y a de grands dangers dans le séjour de ces tubes de verre dans la cavité abdominale. Chez une de ses opérées il attribua à ces corps étrangers le point de départ d'une péritonite suppurée, qui a été *exactement circonscrite autour du tube.* Or, c'est précisément cette particularité que Kœberlé invoque pour établir leur innocuité ou plutôt leur avantage, en ce sens qu'ils localisent l'inflammation. Au reste Péan n'hésite pas dans certaines circonstances à utiliser les tubes de Kœberlé ainsi qu'il résulte de son propre aveu.

« Regnault, de Rennes, dans une ovariotomie faite avec succès le 20 mai 1868, croit devoir en attribuer le mérite à cette circonstance qu'il s'est abstenu de laisser à la paroi abdominale une ouverture pour l'écoulement des liquides. Il rejette donc les tubes de verre comme laissant la plaie abdominale ouverte à l'air extérieur, d'où : putridité, décomposition des liquides épanchés : toutes les fois, d'après lui, que l'ovariotomie n'aura pas été trop laborieuse, que des adhérences modérément étendues auront pu être détruites sans hémorrhagie grave, par arrachement ou section au serre-nœud, que le péritoine aura pu être nettoyé complétement, il est avantageux de réunir exactement. L'ouverture permanente et les tubes seront réservés aux cas où l'on prévoit un épanchement intrapéritonéal assez considérable, ce qui doit être rare quand la toilette du péritoine a été soigneusement faite ; n'abusez pas de la patience du péri-

toine, recommande-t-il. Chez une de ses opérées, des accidents inflammatoires se développèrent et des abcès considérables se firent jour ou durent être ouverts ; le pus fut de bonne nature, sans fétidité ; il se demande s'il en eût été de même s'il y avait eu communication permanente avec l'abdomen.

« Nous croyons avec Boinet que ce n'est pas une pratique à généraliser, mais qu'elle rend néanmoins de grands services, alors que ses indications sont précises ainsi que nous venons de l'entendre par Regnault. » Spencer Wells (1), de son côté, a employé avec succès, dans un certain nombre de cas, le drainage du cul-de-sac recto-vaginal.]]

Quelquefois il se produit de la suppuration au niveau des points de suture ; mais, sauf le cas où il faut ouvrir de petits abcès, elle diminue vite et a cessé ordinairement avant la fin de la cicatrisation de la plaie.

Pendant toute la durée de la cicatrisation, Kœberlé pratique des lotions sur le ventre avec le sulfate de fer ou le sulfite de soude (Obs. III).

Il peut survenir des hémorrhagies consécutives qui dépendent d'une constriction insuffisante de la base de la tumeur. Dans un cas de ce genre, Kœberlé a détaché le pédicule de la surface à laquelle il commençait à adhérer, et, le liant plus profondément et plus fortement, il arrêta l'écoulement sanguin qui menaçait la vie de la malade.

La médication a été à peu près nulle presque chez toutes les malades de Kœberlé : un peu de glace s'il y avait des efforts de vomissements, quelques centigrammes d'acétate de morphine administrés pendant quelques jours chez quelques-unes, de l'acétate d'ammoniaque chaque jour, et enfin une alimentation légère et conforme aux habitudes de l'opérée, ont constitué tout le traitement médical. Il est évident que des accidents nouveaux pourront donner lieu à des indications nouvelles. Presque toujours la guérison, quand elle doit se produire, marche assez rapidement, et elle est complète le vingt-cinquième ou trentième jour.

Chaque fois qu'il s'est agi de ligatures, suivant l'exemple de M. Kœberlé, et séduit par la beauté de ses résultats, nous avons indiqué les fils métalliques, quoique certains chirurgiens anglais donnent la préférence soit à la soie, soit au chanvre ; mais je ne crois pas que, dans l'espèce, la nature des ligatures ait une influence marquée.

L'état de la malade avant l'opération, un diagnostic complet, le milieu dans lequel on opère, l'habileté de l'opérateur, et enfin l'observation des soins consécutifs les plus minutieux, ont assuré les succès remarquables des chirurgiens qui, comme Spencer Wells et Kœberlé, ne mettent pas en pratique le précepte : *de minimis non curat prætor.*

(1) Spencer Wells, *Diseases of ovaries*. London, 1872.

CHAPITRE IV

TUMEURS NON MALIGNES DES OVAIRES

On trouve fixées sur les ovaires, ou implantées dans leur tissu, des tumeurs fibreuses analogues à celles qu'on rencontre dans l'utérus. On les trouve souvent en même temps dans les deux organes, et, quel que soit celui de ces deux viscères où on les prenne, la structure en est identique à ce point que, séparées de leur lieu d'implantation, le plus scrupuleux examen, dit Cruveilhier, ne permet pas d'en assigner le siége. A la coupe, ils présentent le même tissu fibreux dense traversé dans toutes les directions par des intersections blanches nacrées. Baillie les a décrites avec beaucoup de soin. « L'ovaire est très-augmenté de volume, il est formé d'une substance ferme, solide, traversé par des membranes se dirigeant en différents sens. Le tissu ressemble beaucoup à celui de ces tumeurs qu'on rencontre à la surface externe de l'utérus, et je crois qu'il y a très-peu de tendance à s'enflammer et à suppurer. Ces tumeurs subissent également les transformations cartilagineuses et osseuses dans des proportions plus ou moins grandes. Dans quelques-unes nous ne rencontrons que des îlots cartilagineux ou des noyaux calcaires; mais il y a des cas où la plus grande partie de la tumeur s'est transformée en tissu osseux (1). » On peut quelquefois observer à la surface de l'ovaire des plaques de consistance cartilagineuse ou osseuse dues à une altération morbide de la tunique fibreuse propre de l'ovaire au-dessous du péritoine.

Le volume des tumeurs varie beaucoup : suivant Cruveilhier, il peut varier depuis quelques grammes jusqu'à 30 ou 40 livres; mais Boivin et Dugès (2) sont disposés à croire que dans ces cas il s'agissait de tumeurs squirrheuses. Il est certain, néanmoins, que leur volume s'accroît graduellement, et beaucoup plus qu'aucune autre production morbide de l'ovaire.

Outre les tumeurs fibreuses, on en rencontre encore de différente nature dans l'ovaire. Elles consistent tantôt dans le dépôt de matière tuberculeuse, tantôt d'une substance plus foncée, qu'on désigne sous le nom de *mélanose*. « Mais la maladie scrofuleuse ou tuberculeuse est rarement « observée dans l'ovaire : c'est la moins commune de toutes les altérations « organiques de l'ovaire (3). »

(1) Kluyskens, *Annales de litt. méd. étrang.*, t. IX, p. 336. — Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Paris, 1702. — Schlencker, *in* Haller, *Disp. medicæ*, vol. IV, p. 419.

(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 551.

(3) Robert Lee, *Cycl. of pract. med.*, Diseases of the ovaria.

§ I. — Causes.

On a attribué la production de ces tumeurs à des causes très-diverses : des coups, des chutes, etc. On a accusé certaines constitutions d'y prédisposer; mais il faut le dire, dans la grande majorité des cas, il sera impossible d'établir un rapport certain entre la cause et l'effet.

§ II. — Symptômes.

Comme ces tumeurs ne dégénèrent pas en une affection de nature maligne, bien que quelquefois elles en soient une complication, comme elles ne s'enflamment que rarement, elles ne donnent lieu qu'à des symptômes mécaniques. Pendant qu'elles restent dans le pelvis, elles peuvent comprimer le col de la vessie ou le rectum, dont elles entravent les fonctions. De l'engourdissement, même de l'œdème dans la cuisse ou dans la jambe du même côté, peut résulter de la compression des nerfs et des vaisseaux. S'il survenait une grossesse avant que la tumeur se soit élevée, il pourrait en résulter un empêchement sérieux à l'accouchement; il faudrait alors ou enlever la tumeur, ce qui le plus souvent sera impossible, ou il faudra se résoudre à perforer le crâne de l'enfant. Quand la tumeur a dépassé la crête iliaque, elle peut ne causer que peu de troubles, et le plus souvent elle n'abrége en rien la durée de la vie.

§ III. — Diagnostic.

Un examen par le rectum nous convaincra que la tumeur, si elle n'est pas volumineuse, siége dans l'ovaire, et nous permettra de la distinguer d'une tumeur siégeant dans l'utérus; en outre, l'élévation du museau de tanche ne correspondra pas à la situation que le palper abdominal assignera à l'utérus.

L'égale densité de la tumeur, le bon état de santé de la malade, l'absence de douleur, distingueront cette maladie des tumeurs squirrheuses ou cancéreuses de l'ovaire.

§ IV. — Traitement.

Il faut s'appliquer à éloigner les inconvénients mécaniques auxquels ces tumeurs donnent lieu, au moyen dn cathétérisme, de lavements, tant qu'elles sont dans la cavité pelvienne. Dans quelques cas, on peut apporter un soulagement complet en refoulant la tumeur au-dessus de la crête iliaque. Aussitôt qu'elle sera dans la cavité abdominale, il ne faudra plus faire aucun traitement, à moins qu'il ne survienne de l'inflammation qui nécessitera l'emploi de moyens antiphlogistiques.

CHAPITRE V

ALTÉRATIONS DE NATURE MALIGNE DE L'OVAIRE

[[Ces altérations ne sont autres que le cancer sous ses différentes formes, et qu'on désigne sous les noms de squirrhe, d'encéphaloïde, de céphalome, d'hématome, etc.....]]

Elles sont plus fréquentes que le cancer du sein, et on les rencontre presque aussi souvent que le cancer utérin. Elles ne paraissent pas se développer aussi fréquemment que ce dernier à une période aussi avancée de la vie. Boivin et Dugès pensent qu'on les observe plus souvent vers la période moyenne de la vie de la femme. Carswell a trouvé une tumeur de l'ovaire du volume d'un utérus au terme de la grossesse chez une jeune femme âgée de moins de vingt ans. Il y a au moins deux espèces d'affections malignes observées dans l'ovaire : l'une ressemblant au véritable squirrhe avant qu'il n'y ait aucun ramollissement, l'autre offrant les caractères du fongus hématode ou encéphaloïde. « Le cancer peut se développer dans les ovaires et y parcourir tous les degrés : tantôt il y est à l'état d'induration; cet organe acquiert le double, le triple de son volume; il est dur et squirrheux. D'autres fois il passe à l'état de suppuration latente et finit par s'ulcérer : il se forme dans son voisinage des dilatations variqueuses des vaisseaux veineux, des développements de substances cartilagineuses et osseuses, de formes très-variées (1). » Des deux formes que nous venons d'indiquer, je crois que c'est la tubériforme qui atteint le plus souvent l'ovaire : aussi, quand ce viscère est augmenté de volume, c'est une saillie ou une surface bosselée qui caractérise la maladie. Quelquefois, cependant, le squirrhe prend la forme *diffuse* : toute la masse de l'ovaire s'accroît en même temps, et la surface reste égale et unie. La rapidité avec laquelle se produit l'augmentation de volume est très-variable ; cependant, si la tumeur reste solide, qu'il n'y ait pas d'hydropisie, le développement se fera lentement, et, avant qu'il n'ait quelque importance, il se passera certainement des mois, plus souvent des années (2).»

Les deux formes peuvent coexister et elles peuvent être primitives ou n'être développées que consécutivement à une affection analogue de l'utérus.

I. *Squirrhe.* — Cette tumeur est dure, presque homogène. La surface est inégale et bosselée. A la coupe, elle présente le même aspect que nous avons indiqué en traitant du squirrhe utérin. Elle peut rester quelque temps dans cet état d'induration ; mais, à la longue, il se produira du ra-

(1) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. II, p. 623.
(2) Blundell, *On diseases of women*, p. 96.

mollissement au centre. Baillie a vu un cas où le ramollissement avait pris place dès le début. La pièce est au musée du *College of Physicians* à Londres. L'affection de l'ovaire coïncidait avec un cancer de l'estomac.

II. *Fongus hématode ou encéphaloïde.* — La structure de cette tumeur varie plus que celle du squirrhe : une partie de la tumeur est souvent fibreuse, cartilagineuse ou osseuse, et l'autre partie est fongoïde ; la consistance et l'aspect rappellent ceux de la matière cérébrale ou bien elle est creusée de cellules contenant un liquide coloré. Seymour en a décrit deux variétés : la première est constituée par des cellules, des kystes nombreux contenant une plus ou moins grande quantité de liquide, contenant quelquefois des matières osseuses ou terreuses; souvent ces kystes renferment une sécrétion grasse ressemblant à de l'axonge traversée par des cheveux fins et longs, privés de bulbe; d'autres fois on y trouve une sécrétion albumineuse plus ou moins consistante et colorée. Ces sécrétions sont fréquemment mélangées de substances analogues à la suie. D'autres fois le liquide offre la couleur de l'acajou à cause du mélange d'une certaine quantité de sang, et souvent le fluide extrait au moyen du trocart rappelle tout à fait la médecine très-connue sous le nom de *Griffith's mixture*. Dans la seconde variété, un seul large kyste émerge de l'ovaire et contient d'autres tumeurs variant depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une orange. Souvent la plus grande portion des parois du kyste est constituée par des tumeurs développées entre les tuniques externe et interne, faisant saillie dans la cavité du kyste qui est remplie du liquide sécrété par la membrane interne. A la coupe, ces tumeurs sont trouvées remplies d'une substance gélatineuse, semi-fluide, traversée par des bandes blanchâtres entre lesquelles on trouve de petits kystes remplis de matières visqueuse et gluante (1). Andral fait à ce sujet les remarques suivantes : quelquefois ces masses sont formées de tissu fibreux, cartilagineux ou osseux; dans d'autres cas, elles sont presque entièrement composées de tissu encéphaloïde. Les parois des kystes sont épaisses et leurs cavités s'élargissent graduellement jusqu'à ce qu'il se soit formé une tumeur qui remplit non-seulement la région épigastrique, mais aussi toute la cavité abdominale. La surface externe est inégale : dans quelques points on perçoit de la fluctuation, dans d'autres le tissu est dur et dense à l'égal du tissu osseux (2). Quelquefois l'ovaire est envahi par l'encéphaloïde, ou bien est converti en une masse irrégulière et inégale de kystes et de tumeurs. La section de ces tumeurs offre tous les caractères du fongus hématode. Cette terrible affection parcourt toutes ses périodes avec une extrême rapidité, et dès le début la constitution de la patiente est plus profondément altérée que dans aucune des affections organiques que nous venons de décrire (3).

(1) Seymour, *Diseases of the ovaria*. London, 1830.
(2) Andral, *Précis d'anatomie pathologique*, vol. III, p. 708.
(3) Robert Lee, *Cyclop. of pract. med.*, art. DISEASES OF THE OVARIA.

III. *Céphalome.* — C'est une forme de la maladie que l'on rencontre rarement dans l'ovaire. Je n'en ai rencontré qu'un seul exemple. Dans cette observation, l'utérus entier n'était qu'un céphalome, l'ovaire offrait le double de son volume ordinaire et était également envahi. S'il y a dans la tumeur du sang épanché, la description répondra exactement à celle qu'en a donnée Hooper (1).

IV. *Hématome.* — Il est très-rare : « La figure que j'en ai donnée, dit Hooper, en est un fort bel exemple. J'en ai observé deux autres qui n'offraient pas les mêmes dimensions; je suis disposé à croire que, lorsque l'organe est atteint d'hématome, il ne tarde pas à devenir hygromateux, et qu'à mesure, les cellules, en se distendant, compriment les excroissances fongueuses; car des masses charnues, le plus souvent spongieuses, sont trouvées çà et là dans les cellules ovariennes. » La tumeur offre un volume variable, mais généralemant plus grand que dans le squirrhe; dans quelques cas, il est énorme, et, à mesure qu'il augmente, les cavités se dilatent, et l'on arrive à percevoir de la fluctuation. L'épaisseur des parois est en général très-variable.

Quelle que soit la variété à laquelle on ait affaire, elle peut exister à l'état latent pendant un certain temps; ces tumeurs peuvent être atteintes d'inflammation, d'abcès, ou être compliquées d'hydropisie. Comme conséquence de l'inflammation, l'organe malade peut contracter des adhérences qui peuvent sérieusement troubler la malade et hâter les progrès de la maladie.

Le dépôt de matière cancéreuse dans l'ovaire est souvent accompagné d'un dépôt analogue dans d'autres organes : pylore, ganglions lymphatiques, etc. Cruveilhier cite un cas dans lequel le cancer de l'ovaire coïncidait avec un cancer de l'estomac. Un cas semblable a été observé par Baillie.

§ I. — Causes.

Les causes sont excessivement obscures. Il se peut qu'il y ait quelques connexions entre l'inflammation et le développement de cette affection; mais, comme on la rencontre plus souvent chez les vierges, l'inflammation ne peut être considérée comme une cause exclusive. Elle peut succéder à une inflammation chronique, suivant Boivin et Dugès, contrairement à l'opinion de Logger. Capuron admet comme causes l'avortement ou la suppression des lochies. Elle a quelquefois semblé produite par une violence extérieure coup, chute, etc.

§ II. — Symptômes.

Si la maladie est limitée à un seul ovaire, la menstruation peut continuer régulièrement: elle sera supprimée si les deux ovaires sont atteints.

(1) Hooper, *Morbid Anatomy of the human uterus*, p. 16.

On a cité des exemples dans lesquels la conception avait eu lieu après le développement d'une affection de nature maligne dans l'un des ovaires. En pareil cas, il peut survenir des accidents graves pendant l'accouchement, si l'ovaire malade n'est pas remonté dans la cavité abdominale (1). Comme je l'ai déjà fait remarquer pour d'autres tumeurs ovariques, les symptômes diffèrent beaucoup suivant que celles-ci siégent dans la cavité pelvienne et dans la cavité abdominale. Dans le premier cas, les symptômes sont purement mécaniques, et résultent de la compression qu'elles exercent sur le rectum ou sur le col de la vessie. Il existe en même temps de l'engourdissement des membres inférieurs. La tumeur elle-même ne donne lieu qu'à très-peu de symptômes tant qu'elle n'est pas dans la cavité abdominale, ou tant qu'elle n'a pas subi de ramollissement. Il n'en est pas de même si tout d'abord elle s'enflamme. Les symptômes alors offriront un caractère très-marqué d'acuité. Après cette période il est incontestable, comme le dit Seymour, « que ces affections mènent rapidement à une terminaison fatale et sont caractérisées par une extrême débilité et une anémie profonde (2). » En somme, les formes malignes sont caractérisées pendant la vie par une altération de la nutrition, par la faiblesse extrême de la malade, par des malaises nombreux, par un accroissement rapide de la tumeur, par l'engorgement simultané de ganglions en d'autres endroits du corps, et par des douleurs lancinantes dans les parties affectées. Ce dernier symptôme n'est pas constant. Le pouls est faible et fréquent, et, à mesure que la maladie fait des progrès, on voit survenir de la fièvre hectique, des aphthes dans la bouche, et la débilitation augmente sensiblement. Le voisinage de l'organe malade peut augmenter l'activité sécrétoire du péritoine, et il se produit de l'ascite. Le temps qui s'écoule avant le développement des symptômes constitutionnels varie beaucoup; mais, tôt ou tard, la fièvre s'allume, il y a de la soif, le pouls est fréquent, à moins que la fin ne soit hâtée par le ramollissement de la tumeur et par l'effusion de son contenu dans la cavité péritonéale.

La substance ramollie s'est quelquefois frayé une route à travers la vessie, l'intestin ou le vagin, etc. Le toucher vaginal permettra de reconnaître la tumeur tant qu'elle restera dans le bassin; le palper abdominal suffira généralement quand elle aura remonté dans l'abdomen. La surface de la tumeur qu'on sentira au-dessus de la crête iliaque dans l'une ou l'autre fosse iliaque, est généralement inégale, bosselée et dure. La partie supérieure de l'abdomen est souple et occupée par la masse intestinale.

(1) Th. Hewlet, *Case of extensive ovarian disease complicated with pregnancy* (*Med. chir*, *Trans*. London, vol. XVII, p. 226).

(2) Seymour, *On diseases of the ovaria*. London, 1830, p. 62.

§ III. — Diagnostic.

Il ne faut pas s'en rapporter à la présence d'une tumeur située dans l'une des fosses iliaques, puisque celle-ci peut quelquefois être due à une accumulation de matières fécales dans le cæcum. Aussi longtemps que la tumeur ne donnera pas lieu à des accidents généraux, il sera fort difficile d'en reconnaître la nature maligne.

Ces lésions seront distinguées :

I. *D'une hydropisie de l'ovaire.* Le squirrhe et l'encéphaloïde sont plus durs, plus compactes : ils ne donneront pas généralement lieu à de la fluctuation; leur surface sera bosselée, comme lobulée.

II. *D'une grossesse*, par leur surface dure et lobulée, par l'absence des signes sensibles de la grossesse.

III. *Des tumeurs fibreuses de l'utérus,* par le volume plus considérable que prennent généralement les tumeurs de nature maligne : celles-ci, en outre, ne sont pas pédiculées; mais elles sont plus mobiles, elles donnent lieu à des douleurs lancinantes et à des accidents généraux.

IV. On a quelquefois pris ces tumeurs pour des *maladies de la rate* quand celle-ci était considérablement hypertrophiée; mais un examen minutieux, les antécédents de la malade, le palper abdominal et le toucher vaginal, écarteront facilement tous les doutes.

V. On peut désirer avoir une certitude sur la nature squirrheuse ou encéphaloïde de la tumeur, car l'avenir de la malade est moins immédiatement compromis dans le premier cas. Voici quelles sont les principales différences : le squirrhe se développe plus lentement, il donne lieu à des symptômes mécaniques, peut-être à des troubles menstruels ; mais il n'est pas accompagné de douleur ou d'accidents qui altèrent profondément la constitution. L'encéphaloïde ou le fongus hématode, au contraire, s'accroît très-rapidement; il est douloureux, il donne lieu à de la fièvre, à de l'émaciation et à d'autres symptômes généraux. Seymour signale avec beaucoup de justesse la coexistence de cette forme avec le cancer des seins, du pylore, du col de l'utérus comme devant être un excellent élément de diagnostic.

§ IV. — Traitement.

Si la tumeur donne lieu à des accidents de compression pendant qu'elle est dans le bassin, on peut, comme nous l'avons déjà dit, obtenir un soulagement rapide en la repoussant dans la cavité abdominale.

Les médications énergiques sont dangereuses, car elles peuvent exciter les fonctions d'organes dont nous avons intérêt à respecter l'indolence. On a essayé l'iode, qui agit avantageusement sur l'économie tout entière, plus qu'elle ne rend de services pour la maladie locale. Seymour fait remarquer, au sujet de ce médicament, qu'on a publié des succès apparents

dus à cette médication trop peu de temps après la diminution de la tumeur, pour qu'on puisse en tirer aucun argument sérieux en sa faveur ; et, en somme, il pense que ce médicament a été surfait. L'iode est un stimulant énergique et ne me paraît guère applicable que dans les maladies de l'ovaire qui ne sont accompagnées d'aucune trace d'inflammation. Nous ne possédons aucun remède efficace contre cette affection : tout ce que nous pouvons faire à une période avancée de la maladie, c'est d'éviter toutes les causes d'irritation, de remédier à la douleur au moyen des narcotiques.

Quant à l'extirpation qui a été proposée, il ne faudra, je crois, jamais y recourir, car à l'époque avancée à laquelle seule l'opération serait proposable, la constitution générale porte déjà l'empreinte profonde de la diathèse cancéreuse.

CHAPITRE VI

DÉPLACEMENTS DES OVAIRES

Les déplacements auxquels les ovaires sont sujets n'ont en général pas une grande importance. La plupart, en général, ne sont qu'une conséquence de maladies ou de déplacements de l'utérus : l'importance s'en trouve singulièrement diminuée par la prédominance des accidents auxquels donne lieu l'affection principale.

§ I. — Divisions.

Nous pouvons les diviser en deux classes : 1° ceux dans lesquels les ovaires restent dans la cavité pelvienne ; 2° ceux dans lesquels ces organes s'échappent de cette cavité.

I. Toute altération qui modifiera le poids de l'ovaire tendra à l'abaisser au-dessous de son niveau normal : ainsi la congestion, l'hydropisie enkystée, les hydatides ou autres tumeurs siégeant dans l'organe ; d'un autre côté, si le volume de ces dépôts de nouvelle formation est très-considérable, il peut arriver alors que l'ovaire soit situé au-dessus de son niveau habituel. C'est ce qui arrive également pendant la grossesse. Dans le premier cas, les symptômes mécaniques disparaissent aussitôt que la tumeur est arrivée dans la cavité abdominale, et l'on peut quelquefois, par une intervention habile, arriver à ce résultat avantageux. Une autre classe de déplacements secondaires résulte de déplacements utérins. L'antéversion et la rétroversion, on le comprend, modifieront la situation des ovaires ; mais celle-ci est encore bien plus changée dans le prolapsus ou l'inversion de cet organe. Dans ce dernier cas, les ovaires tombent le

plus souvent au fond du sac formé par l'utérus inverti. Rigby (1) a décrit le déplacement qui accompagne la rétroversion et qui est signalé, dit-il, par un malaise général, par de la douleur dans la région sacrée, par de vives souffrances au moment de la défécation, ou quand l'utérus est comprimé du côté malade, ou bien lorsque le doigt pendant le toucher rectal atteint l'organe affecté. J'ai déjà dit que ce sont généralement des dépla-

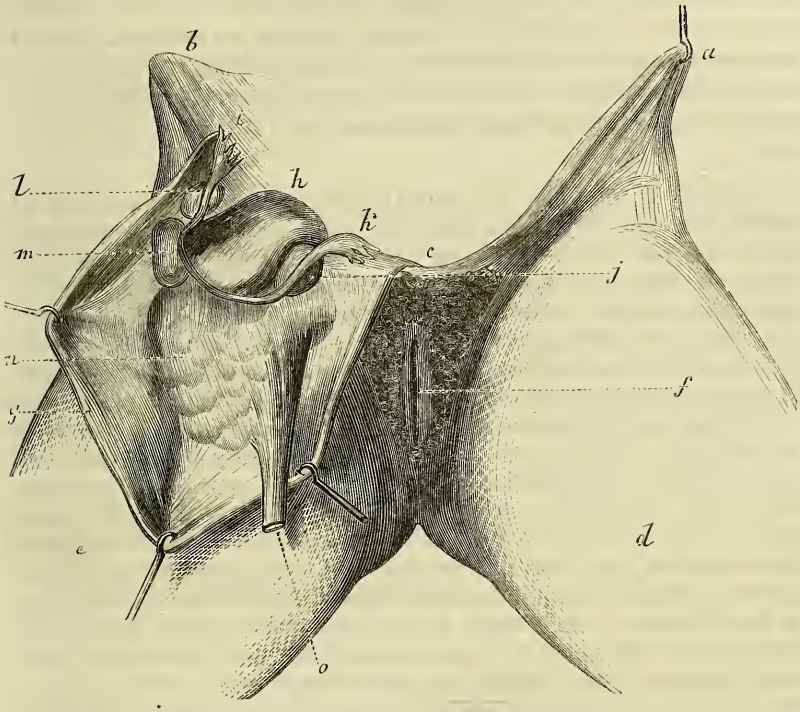


Fig. 221. — Hernie crurale de l'utérus et des ovaires (*).

cements temporaires; mais quelquefois des adhérences peuvent venir les rendre définitifs (2). Tous les traitements qui sont applicables en pareil cas ont déjà été indiqués quand nous avons traité des déplacements de l'utérus ou des maladies qui en sont les causes.

(1) Rigby, *Med. Times*, 6 juillet 1850.

(2) Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, p. 409, art. Ovaires.

(*) *a*, portion gauche des parois abdominales vue par sa face externe; *b*, portion droite des mêmes parois vue par sa face interne; *c*, région pubienne; *d*, la cuisse gauche; *e*, la cuisse droite; *f*, orifice de la vulve; *gg*, l'enveloppe de la tumeur ouverte et renversée sur la cuisse; *h*, la matrice renversée et offrant en avant sa face postérieure; *i*, la trompe gauche; *j*, l'ovaire gauche; *k*, la trompe droite; *l*, l'ovaire droit changé en kyste; *m*, autre kyste adhérant à l'ovaire droit et à la matrice; *n*, masse graisseuse adhérant fortement à la matrice, au sac, et se continuant avec lui; *o*, prolongements de l'épiploon qui sont coupés et renversés. (Boivin et Dugès, *Atlas*, planche XI, fig. 3.)

II. Quand l'ovaire sort de la cavité pelvienne, il constitue une véritable hernie de cet organe (fig. 221). Les exemples en sont rares. L'ovaire peut être déplacé dans la hernie de l'utérus, ou bien il peut faire hernie isolément, ou encore en même temps que les trompes de Fallope, ou une portion de l'intestin. L'ovaire peut être sain ou altéré, mais généralement il est au moins congestionné. Cet organe peut faire hernie à travers l'anneau ombilical (1), à travers l'échancrure ischiatique (2), sous l'arcade crurale; mais plus souvent il fait hernie à travers un ou même les deux anneaux inguinaux. Deneux croit que dans ce dernier cas, la lésion est toujours congénitale, et Cruveilhier l'a rencontrée bien souvent chez de vieilles femmes. L'observation suivante est due à Pott :

Observation. — Une jeune femme bien portante, âgée de vingt-trois ans, est admise à l'hôpital Bartholomew pour deux petites grosseurs qu'elle portait de chaque côté dans les aines. Ces tumeurs avaient été pendant des mois tellement douloureuses que cette femme ne pouvait se livrer à aucun travail. Il n'y avait aucune trace d'inflammation : les tumeurs étaient souples, inégales à leur surface, très-mobiles, et étaient situées à la partie externe de l'ouverture tendineuse des muscles obliques à travers lesquels elles semblaient avoir passé. La femme était d'une excellente santé, forte, elle était bien réglée, n'avait pas de constipation, et ne souffrait absolument que des malaises que provoquaient ces tumeurs lorsqu'elle se baissait ou qu'elle faisait quelque mouvement dans lequel elles étaient comprimées. Cette femme était confiée aux soins du docteur Nourse, qui lui fit des émissions sanguines, et fit tous ses efforts pour réduire ces organes herniés. Tous ses efforts, auxquels M. Sainthill et moi avons joint les nôtres, sont restés sans résultats. A la prière instante de la patiente, que cette infirmité rendait incapable de travailler pour vivre, nous résolûmes de faire l'ablation de ces tumeurs. La peau et le tissu cellulaire étant divisés, nous trouvâmes un mince sac membraneux dans lequel nous crûmes reconnaître un ovaire. Nous y jetâmes une ligature au niveau du tendon, et la tumeur fut excisée. La même opération fut faite du côté opposé, et l'examen le plus minutieux nous montra que les deux corps enlevés étaient absolument identiques. Depuis, la jeune malade s'est très-bien portée, elle est devenue plus mince et a pris une apparence plus virile; les seins qui étaient volumineux, ont disparu ; elle n'a jamais été menstruée, et l'opération date déjà de plusieurs années (3).

Les ovaires peuvent descendre dans les grandes lèvres et ressembler beaucoup aux testicules renfermés dans le scrotum. Enfin, on a vu l'ovaire se frayer un passage dans un abcès ouvert dans les parois abdominales. Quelquefois la hernie de l'ovaire à travers l'anneau inguinal donne lieu à de grands malaises : la patiente se plaint de douleurs et de tiraillements

(1) Portal, *Cours d'anatomie médicale*. Paris, 1803, vol. V, p. 556.
(2) Camper, *De pelvi*, lib. II, cap. I, p. 47.
(3) Pott, *Works*, 3e édition, vol. V, p. 184.

très-pénibles, surtout pendant la marche. Si nous examinons la région, nous trouverons une petite tumeur sous la peau, ressemblant à un ganglion, sans aucun changement de couleur à la peau. Le toucher donne lieu à de très-vives douleurs qui semblent se prolonger jusque dans l'utérus. Rarement ces tumeurs sont réductibles.

§ II. — Diagnostic.

Le diagnostic de la première et de la seconde variété de ces déplacements sera facilement fait au moyen du toucher vaginal et rectal. Le diagnostic de la hernie de l'ovaire ne sera pas toujours facile lorsqu'il y aura de la tuméfaction, de l'inflammation, une altération organique ou des adhérences. Si l'ovaire a conservé sa forme, sa consistance, son volume et sa mobilité, et qu'on le trouve à l'ouverture de l'anneau inguinal, on arrivera aisément à faire le diagnostic, surtout si le sujet est maigre. Le gonflement des ganglions survient très-rarement à cet endroit, mais bien plutôt vers le milieu de l'aine, et les ganglions sont bien plus vite immobilisés. La hernie de l'ovaire se distingue de l'entérocèle et de l'épiplocèle par des tiraillements dans l'hypogastre et les reins au moindre mouvement de la malade, par l'absence de borborygmes, de coliques et de tiraillements d'estomac. Suivant Lassus, le signe pathognomonique consiste dans la translation à ces tumeurs des mouvements imprimés à l'utérus par le doigt introduit dans le vagin ou le rectum. » Peut-être pourrait-on tirer quelque renseignement de l'accroissement mensuel survenant du côté de la tumeur.

[La percussion indiquera sûrement la présence de l'intestin dans la tumeur.]

§ III. — Traitement.

On doit tenter d'abord la réduction ; mais elle est le plus souvent infructueuse. S'il existe des signes d'étranglement, on pourra recourir à l'opération qu'exige l'étranglement herniaire, faire un débridement et réduire l'ovaire, qu'on maintiendra au moyen d'un bandage, ou bien on se contentera du débridement seul. Dans les cas où la tumeur est tout à fait irréductible, nous pouvons encore pratiquer l'extirpation, comme l'a fait Pott.

SECTION V

IRRITATIONS RÉFLEXES. — CHLOROSE

CHAPITRE PREMIER

IRRITATIONS RÉFLEXES PAR SUITE DE DÉSORDRES DANS LA MENSTRUATION ET D'AFFECTIONS UTÉRINES (1)

Je me propose de décrire les irritations réflexes qui se produisent sous l'influence de troubles fonctionnels ou d'une maladie existante, afin de pouvoir les rapporter à leurs véritables causes. Ces troubles sont nombreux; souvent ils nous sont présentés comme la seule maladie, et ils nous donnent ainsi la preuve frappante du rôle important que joue le système utérin dans l'organisation de la femme. Plus que tout autre organe, l'utérus, pendant sa période d'activité, peut être regardé comme le centre de la vie. Si l'on ne tient pas compte de ce fait, l'on n'arrivera pas à se faire une idée juste des affections utérines.

ARTICLE PREMIER

IRRITATIONS QUI SEMBLENT SE RAPPORTER AUX TROUBLES DE LA MENSTRUATION

J'examinerai d'abord les irritations réflexes qui semblent se rapporter surtout aux troubles de la menstruation, et qui ont été si bien décrites par Thomas Addison (2), Marshall Hall (3) et autres. J'examinerai ensuite celles qui se rapportent à des affections plus graves.

Ces irritations réflexes se développent peu à peu dans la plupart des cas. Ce sont des maux de tête, une langueur générale, des douleurs dans les reins, un malaise dans la région utérine, la défaillance, la perte d'appétit. La malade peut rester dans le même état pendant longtemps avec quelques améliorations passagères; mais finalement, si les fonctions utérines ne se rétablissent pas, la santé devient de plus en plus mauvaise,

(1) John Scott, *Observations on the irritable uterus* (*Edinb. Journal*, 1834, n° 121). — Gérard, *Utéralgie* (*Annales de thérapeutique*, juillet 1846). — Malgaigne, *Névralgie du col de l'utérus* (*Revue médico-chirurg.*, avril 1848). — Mackensie, *On irritable uterus* (*London Journal*, mai 1850).

(2) Addison, *Observations on disorders of females connected with uterine irritation.*

(3) Marshall Hall, *Commentaries on some of the important diseases of females on the disorders incident to female Youth*, p. 1, 15, 41, etc. 2e édit. London, 1830.

et l'on trouve des symptômes locaux aussi bien que des symptômes généraux, que nous allons maintenant passer en revue. Parmi les symptômes locaux, les plus saillants sont, par ordre de fréquence :

I. *Douleur de tête.* — Elle siége quelquefois dans le front, souvent dans la partie postérieure de la tête; fréquemment elle existe sans aucune cause apparente; elle est très-intense, devient plus vive avec la lumière et le bruit, et n'est que peu modifiée par les remèdes qu'on emploie.

II. *Douleur sous le sein gauche.* — Cette douleur est caractéristique; elle occupe constamment la même place, un peu en dehors du cœur, dans une étendue à peu près de la largeur de la main. Elle n'augmente pas par les grandes inspirations ; quelquefois il y a de la sensibilité à la pression. L'intensité de cette douleur varie beaucoup. Dans beaucoup de cas, il y a de la toux, quelques palpitations légères ou, pour parler plus correctement, la conscience du mouvement du cœur. L'examen au stéthoscope ne révèle aucun phénomène morbide. Par suite de la localisation de la douleur, on a souvent cru à une inflammation de la rate ou de la plèvre, et le traitement était dirigé en conséquence. Addison rapporte le siége de l'affection au cardia. Cette opinion est discutable ; mais, sans aucun doute, on peut admettre que la maladie n'est en rien inflammatoire.

III. *Douleur en arrière au niveau du coccyx, ou plutôt à moitié chemin entre le pubis et le sacrum.* — Elle s'étend jusque dans les reins, devient plus forte par la position debout, et, quand elle est intense, n'est pas diminuée par la position couchée. Chez une de mes malades, cette douleur alterne avec un violent mal de tête. Quand la douleur du coccyx diminue, elle éprouve un engourdissement et une sensation pénible dans les régions dorsale et cervicale de l'épine, et alors le mal de tête commence. Quand cette métastase de la douleur s'est produite, les apophyses épineuses des vertèbres deviennent sensibles à la pression.

IV. *Sentiment de constriction dans la poitrine avec la sensation de la boule hystérique.*

Ces quatre symptômes sont de beaucoup les plus fréquents.

De temps à autre, il s'en manifeste cependant d'autres encore, qu'Addison a décrits avec soin. Ce sont :

V. *Douleur au-dessous du rebord des côtes du côté gauche.* — Cette douleur est tantôt limitée à un seul point, tantôt s'étend depuis le scrobicule du cœur jusqu'aux reins. Elle augmente parfois dans les grandes inspirations, et devient presque toujours plus vive par la pression. Elle se fait quelquefois sentir jusque dans le dos, rarement jusqu'à la pointe du scapulum gauche ; elle est constante ou intermittente, et pendant les rémissions elle est remplacée par un sentiment de tension ou de plénitude, et accompagnée souvent d'une pâleur remarquable de toute la personne. Il est difficile de fixer exactement le siége de cette douleur : ce peut être

le côlon ou le duodenum ; ce n'est pas toujours une affection inflammatoire du foie, ainsi qu'on pourrait le croire.

VI. *Douleur dans le côlon descendant.*

VII. *Douleur dans le côlon ascendant.* — Sur ces différents points, la douleur est très-variable comme intensité, elle s'interrompt pendant des journées entières ou même pendant des semaines; elle est plus forte quand il y a de la flatulence des intestins.

VIII. *Douleur affectant tout l'abdomen en général.* — Cette douleur est, en réalité, une espèce de névralgie qui simule parfois la péritonite, et dont elle ne peut être distinguée que par l'absence des autres symptômes.

IX. *Douleur dans l'estomac.* — De temps en temps, ces deux derniers symptômes sont soulagés par la pression ; souvent, au contraire, ils deviennent plus marqués par la même cause.

X. *Douleur dans la région des reins*, s'étendant quelquefois le long des artères jusqu'à la vessie, et dans ce cas il peut y avoir de la dysurie.

J'ai souvent vu des malades sujettes à de la diarrhée accompagnée d'une douleur poignante des intestins.

Tels sont les principaux symptômes locaux de cette affection protéiforme : l'une ou l'autre de ces complications existe presque toujours avec les symptômes généraux, et il faut apporter dans le diagnostic la plus grande délicatesse, pour ne pas croire à l'inflammation des divers organes. Ajoutons que les fonctions organiques sont affaiblies, que la sensibilité est émoussée, l'activité intellectuelle est déprimée ; que les malades deviennent chagrines, indifférentes et moralement affaissées. Si nous examinons l'état du tube digestif, nous voyons que l'appétit devient languissant, que les intestins n'agissent plus régulièrement : tantôt il y a de la constipation, tantôt de la diarrhée ; la peau est pâle, livide, généralement couverte d'une sueur gluante ; les muscles deviennent mous et flasques. Hall a décrit des gerçures des lèvres et une fragilité remarquable des ongles. Dans ces cas graves et chroniques, il y a un cercle noir autour des yeux.

ARTICLE II

IRRITATIONS RÉFLEXES DE LA DEUXIÈME CLASSE

Les irritations réflexes de la deuxième classe, c'est-à-dire celles qui résultent de maladies mieux définies, sont les suivantes :

I. *Irritabilité de la vessie.* — J'en ai déjà parlé en détail ; elle peut être portée assez loin pour faire croire à une maladie de ce viscère.

II. *Irritation des ovaires.* — La malade accuse, au niveau de l'un des ovaires, un sentiment de malaise qui va quelquefois jusqu'à la douleur. Cette sensation disparaît pendant la nuit pour reparaître plus ou moins pendant le jour. Elle peut augmenter avec la marche ou la station debout et s'accompagne d'un sentiment de plénitude; elle augmente légèrement

à la pression ; il n'y a, du reste, ni hypertrophie, ni tuméfaction de l'organe. Quand, par le vagin, on peut atteindre jusqu'à l'ovaire, on ne trouve pas de fluctuation. Cette irritation réflexe coïncide plus fréquemment que toute autre avec les cas d'inflammation et d'excoriation. Dans la dysménorrhée pendant le cours d'une période menstruelle, cette douleur existe fréquemment, mais généralement elle disparaît dès que les règles sont finies. Je me suis bien trouvé, après le traitement local nécessaire, de laisser dans le vagin un suppositoire avec deux ou trois centigrammes de morphine ou même d'en introduire un d'emblée : il n'y a point de traitement local à faire. Il est à remarquer que l'opium ou ses succédanés administrés par le vagin font toujours leur effet.

III. *Douleur dans le pied ou le genou* limitée à ces régions ou s'étendant depuis le bassin jusqu'à l'extrémité des nerfs cruraux et sciatiques. — J'ai connu des malades qui avaient une douleur très-vive dans le pied ou le genou et ne pouvaient marcher. Quelquefois cette douleur est constante ; d'autres fois elle est intermittente, mais reparaît par paroxysmes violents. En apparence, ce n'était qu'une simple névralgie locale ; mais, heureusement, d'autres symptômes avaient appelé l'attention sur la matrice, que l'on trouva enflammée et ulcérée. Une fois l'utérus guéri, la douleur réflexe avait disparu. On peut en dire autant des douleurs qui siégent le long des nerfs cruraux et sciatiques. Je me souviens d'une malade qui fut envoyée à un médecin de la ville comme étant atteinte d'une simple douleur sciatique. Je fus consulté à cause de quelque peu de flueurs blanches, et je trouvai une petite ulcération que je guéris ; à mesure que la guérison s'effectuait, la douleur sciatique disparaissait. J'ai vu une autre femme chez laquelle la douleur s'étendait le long des nerfs cruraux jusqu'à la face dorsale du pied. Les mouvements, le sommeil et, enfin, la santé générale en étaient troublés. Pour faire disparaître cette douleur si violente, il suffit de guérir une petite ulcération du col. Il resta seulement l'hypertrophie et un état congestif qui ont dû, je n'en doute pas, donner lieu à des rechutes. Les cas de ce genre sont si nombreux et l'action réflexe est si évidente que je ne manque jamais de faire un examen au spéculum. Remarquons, en passant, que ces irritations réflexes graves ne se rencontrent presque jamais chez les femmes non mariées, jamais chez les jeunes filles ; si cela se présentait, cependant, j'hésiterais à conseiller un examen au spéculum au moins avant d'avoir tenté tous les autres moyens.

IV. *Chaleur et malaise ou douleur dans l'abdomen.* — Ce symptôme est complétement différent des douleurs poignantes intestinales dont nous avons parlé ; la douleur ne siége pas non plus dans l'utérus ; elle est au-dessus du pubis, à peu près sur la ligne médiane, mais s'irradiant en dehors de chaque côté. Chez quelques femmes, c'est une douleur aiguë; mais, le plus souvent, ce n'est qu'un sentiment désagréable de chaleur. Ce malaise dure plus ou moins longtemps et disparaît ensuite avec la lé-

sion qui en avait été la cause. En pareil cas, je me suis bien trouvé des suppositoires de morphine.

V. *Douleur et tuméfaction des seins.* — J'ai rencontré cet accident principalement dans les cas d'inflammation et d'excoriation du col, surtout aux époques menstruelles.

VI. Enfin, quelques-unes des irritations réflexes moins graves, et dont nous avons parlé dans la première partie de ce chapitre, viendront souvent compliquer les irritations réflexes plus sérieuses.

Le but que l'on doit se proposer est d'atténuer et, si c'est possible, de faire disparaître la cause première du mal ; suivant le genre de lésion on n'aura qu'à se reporter aux divers traitements que nous avons indiqués précédemment.

Cependant, outre le traitement spécial contre les désordres utérins, il peut y avoir quelque chose à faire contre ces symptômes secondaires. Dans le but d'obtenir un soulagement temporaire, on a souvent fait usage de la saignée; mais ce moyen doit plus que tout autre être condamné : en dehors du peu de profit que l'on en retire, la saignée jette les malades dans un état d'épuisement, dans un état d'anémie chlorotique, et le plus ordinairement après un répit de quelques heures ou de quelques jours, la douleur n'en reparaît pas moins dans toute son intensité. La meilleure marche à suivre est d'appliquer sur le siége du mal des dérivatifs tels que sinapismes, vésicatoires volants, etc., en les renouvelant de temps en temps. Il faut surveiller tout particulièrement l'estomac et les intestins. On peut d'abord administrer un léger purgatif, et plus tard l'aloès combiné avec une préparation ferrugineuse. Dans quelques cas, la belladone, l'opium et la jusquiame seront employés avec succès.

CHAPITRE II

CHLOROSE

Nous en arrivons maintenant à considérer le trouble le plus grave que la santé générale puisse éprouver. C'est l'affection qui a été désignée sous le nom de *chlorose* ou *pâles couleurs*. C'est dans ce cas que l'on trouve surtout ce grand nombre d'accidents divers que nous avons décrits. Dans la chlorose, les désordres fonctionnels sont graves, surtout en ce qui regarde les sécrétions ; la malade se trouve exposée à toutes les conséquences de l'anémie.

[[La *chlorose* et l'*anémie*, confondues par un certain nombre d'auteurs, doivent aujourd'hui être nettement séparées. L'anémie est un symptôme seulement, commun à plusieurs maladies aiguës et chroniques, tandis que la chlorose est une entité morbide propre aux femmes et principa-

lement aux jeunes filles et liée le plus souvent aux fonctions utérines, à la puberté.

Pour Bouillaud l'*anémie* serait la perte ou la diminution qu'a subie la masse du sang par une hémorrhagie ou toute autre cause sans que la composition du sang soit changée ; l'*hydrémie* serait un état d'altération par suite duquel le sang contiendrait une plus forte proportion d'eau et moins de parties plastiques, c'est du sang appauvri et moins riche ; la *chlorose* serait cet état dans lequel, la quantité de la partie séreuse ou aqueuse du sang restant la même ou à peu près, la quantité de la partie plastique, c'est-à-dire de la partie qui constitue le caillot, spécialement la matière dite colorante et le fer qu'elle contient (globules), est diminuée. La difficulté de séparer absolument ces états l'un de l'autre dans quelques cas a conduit Bouillaud à employer le mot de *chloro-anémie*.

Sée considère la chlorose comme une anémie globulaire survenue en raison des besoins nutritifs que réclament les fonctions de reproduction et d'accroissement, et M. Jaccoud la définit : *une anémie globulaire essentielle* (1).

Dans la chlorose, le nombre des globules sanguins est non-seulement diminué, mais de plus ces globules subissent une certaine altération, et l'on peut dire avec M. Jaccoud : « l'altération caractéristique n'est plus seulement une absence relative des globules ; les *hématies restantes sont malades elles-mêmes*, et, en fait, on peut dire *que les globules sont chlorotiques*. De là la possibilité qu'un individu soit profondément chlorotique avec une diminution numérique très-faible des hématies (2).»]]

§ I. — Causes.

Quelques auteurs ont attribué la chlorose à l'état anémique produit par la mauvaise nourriture, les maladies diverses, les pertes de sang, et enfin l'inertie de l'utérus.

Roche (3) regarde la chlorose comme étant généralement produite par des troubles menstruels, bien qu'une maladie semblable ait été observée, dit-il, chez des hommes. Lisfranc (4) admet l'influence de cette fonction et cite 26 observations de M. Blaud, de Beaucaire (5), parmi lesquelles il y a sept jeunes filles de onze à dix-sept ans. Chez quinze de ces femmes, les règles se reproduisaient régulièrement, mais le sang était très-pâle. Cabanis (6) assigne comme cause à la chlorose la langueur et l'inertie des organes génitaux et l'action insuffisante ou irrégulière de ces organes

(1) Jaccoud, *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 820. 1871.
(2) *Id.*, t. II, p. 826.
(3) Roche, *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1830, t. V, p. 231.
(4) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 217.
(5) Blaud, *Revue médicale*, 1832, t. I, p. 387.
(6) Cabanis, *Rapports du physique et du moral*. Édition L. Peisse. Paris, 1844, p. 228.

sur les fonctions de nutrition et de circulation. Blundell semble regarder la maladie comme étant due à un défaut d'équilibre dans la circulation. Fox la rapporte à une maladie du foie. Ashwell (1), alors attaché au service d'accouchement, a publié un mémoire très-bien fait sur la chlorose et ses complications.

L'auteur ne regarde pas la chlorose comme un résultat de l'aménorrhée; mais, au contraire, comme une cause fréquente de cette maladie, ou du moins comme étant intimement liée avec cette affection. Il la définit un trouble particulier de la santé générale, qui se rencontre le plus souvent à l'époque de la puberté. La chlorose commence cependant longtemps avant cette époque, et même elle peut être la cause du retard des règles. En somme, elle constitue un état de l'organisme qui est antérieur à la menstruation et qui se modifie suivant que cette fonction est plus ou moins bien établie. Le déclin de la santé, la prédisposition aux tubercules ne sont pas considérés par Ashwell comme le résultat d'une faible constitution dans l'acception générale du mot, ni comme la conséquence d'une menstruation imparfaite; pour lui la cause première de toutes ces altérations est la chlorose.

Henry Marsh (2) fait remarquer que, « en réalité, la maladie ne consiste pas dans une diminution de la quantité du sang, mais dans l'altération de la qualité de ce fluide et dans une diminution de consistance. En conséquence, les termes qui signifient une diminution dans la quantité du sang ne peuvent s'appliquer à la chlorose. Dans cette maladie, le sang subit une altération très-remarquable; sa pesanteur spécifique est moindre, le caillot est petit et ferme, le sérum est en quantité disproportionnée avec la fibrine, l'eau est en excès, les globules rouges sont en moins grande quantité que dans l'état normal; cependant, vus au microscope, ils paraissent parfaitement sains. Dans la majorité des cas, la fibrine est en quantité normale; elle a sa fermeté et sa résistance habituelles.

Les deux grands symptômes de cette maladie sont: l'absence ou l'imperfection de l'activité utérine et l'altération du sang; seulement il est difficile de dire quelle a été la première de ces deux lésions. Chez les hommes, quand une maladie semblable se déclare, il faut bien admettre l'altération du sang; mais, par suite même de la rareté de la chlorose chez les hommes et de sa fréquence chez les femmes, on est forcé d'accorder une grande influence au système ovarien ou utérin dans la production de cette maladie.

Suivant Cazeaux (3), une affection semblable se déclare chez les femmes enceintes. C'est à tort, selon lui, qu'on en a rapporté les symptômes à la pléthore.

(1) Ashwell, *Guy's hospital Reports*, n° 3, p. 530.
(2) Marsh, *Dublin Journal*, novembre 1846, p. 304.
(3) Cazeaux, *Archives générales de médecine*, mars 1850.

Des habitudes sédentaires favorisent la production de la chlorose ou peuvent même en être considérées comme la cause, par suite de leur influence funeste sur le système génital. On peut admettre que cette maladie est endémique dans les grandes villes manufacturières, et qu'elle sévit constamment parmi les domestiques que leurs fonctions tiennent sans cesse enfermés. L'abattement moral, les chagrins exercent encore une influence très-grande sur la production et le développement de cette maladie.

§ II. — Symptômes.

Comme exemple de ce que j'ai avancé, l'on voit non-seulement se produire des maux de tête intenses et répétés, mais encore la chorée, l'hystérie et l'apoplexie. Parfois une perte temporaire de mémoire, de la diminution dans la sensibilité, une torpeur générale; bref, tous les troubles fonctionnels qui se rapportent à une maladie organique.

Le système digestif et ses annexes sont également affectés; il y a de temps en temps des vomissements, des nausés constantes, de la dyspepsie avec toutes ses douleurs et ses accidents multiples; en un mot, tous les signes qui prouvent que les organes de nutrition et de réparation sont ntéressés. Comme conséquence, il se produit une émaciation générale et les forces diminuent peu à peu.

L'équilibre dans la circulation est détruit, et, par suite, on voit des palpitations, des hémorrhagies fréquentes, qui viennent des poumons ou de l'estomac. Ces accidents accroissent encore l'état exsangue de la malade. Comme conséquence, on voit de l'œdème des extrémités ou une anasarque généralisée.

Quelquefois l'épanchement se produit dans les cavités, et, par suite, il arrive des cas de mort subite (1). Bouillaud (2)a décrit les diverses altérations des bruits du cœur chez les femmes chlorotiques. Il considère les palpitations chlorotiques comme une affection nerveuse du cœur, et il ajoute : « Les palpitations chlorotiques ou anémiques sont souvent, mais pas toujours, accompagnées d'un bruit de soufflet du cœur bien caractérisé, doux et en quelque sorte moelleux. Constamment, dans l'état chlorotique bien décidé, les artères d'un grand calibre et spécialement les carotides et les crurales, font entendre ces bruits variés qui tantôt imitent le ronflement de ce jouet connu sous le nom de diable, le sifflement ou le gémissement du vent qui traverse une serrure ou une fente étroite, le bourdonnement de certains insectes, le roucoulement plaintif de quelques oiseaux, etc. Depuis huit ans, j'ai rencontré cent et cent fois le phénomène dont il s'agit chez les chlorotiques et les anémiques. »

(1) Hall's *On chlorosis* (*Cyclop. of Practical medicine*).

(2) Bouillaud, *Traité des maladies du cœur*. Paris, 1835. — 2e édition, Paris, 1841, t. II, p. 606. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858-1859, t. XXIV, p. 501.

C'est à l'état anémique général que sont dues la pâleur particulière à la maladie et les attaques soudaines et violentes de diarrhée. La respiration est elle-même affectée, elle devient irrégulière, les inspirations sont plus longues que les expirations, le plus petit effort amène de l'oppression et une espèce de suffocation. Non-seulement toute la surface du corps est exsangue, mais la peau donne au toucher une sensation de mollesse et d'empâtement, elle est rarement à la température normale, et elle est recouverte d'une sueur visqueuse et souvent froide. Les sens se ressentent de la perturbation, et, parfois, il y a même de l'amaurose.

Sans accuser la chlorose d'être la cause directe des maladies organiques, on comprend qu'elle jette les malades dans un état d'affaiblissement tel, qu'elles sont ensuite plus aisément atteintes par les plus funestes affections. Les exemples d'une terminaison fatale ne sont pas rares. J'ai observé, en pareille circonstance, les maladies organiques du cerveau et du foie; mais beaucoup plus ordinairement, c'est la phthisie qui vient mettre un terme aux souffrances des chlorotiques.

§ III. — Diagnostic.

Il n'y a pas à craindre de confondre la chlorose avec aucun autre état pathologique, excepté, toutefois, ceux qui résultent d'une perte de sang abondante : mais l'histoire de la malade fera disparaître toute obscurité. Nous devons encore apporter tous nos soins à distinguer les troubles fonctionnels, suite de chlorose, de ceux qui tiennent à l'inflammation : ce diagnostic est souvent difficile à établir. Il faut s'enquérir minutieusement de toute l'histoire de la malade, des suites qu'ont eues les précédentes attaques, comparer les signes et symptômes actuels avec ceux qui ont existé antérieurement. Dans le cas où l'on jugerait à propos de pratiquer une saignée, Marshall Hall pense que la saignée pourra éclairer le diagnostic sur le caractère inflammatoire ou non inflammatoire de l'affection, à la condition que l'on pratique l'opération dans la position assise ou dans la position debout. Dans le premier cas, on pourra tirer une grande quantité de sang sans amener ni syncope ni pâleur ; dans le second, la moindre perte de sang amène des accidents ; toutefois, il y a une objection très-sérieuse à faire à cette expérience, c'est qu'il est excessivement nuisible de tirer du sang à des chlorotiques.

§ IV. — Traitement.

Certains auteurs ont beaucoup vanté, pour presque tous les cas de chlorose, la médication purgative. Elle est assurément fort utile, mais son importance a été exagérée. L'aloès, combiné avec quelques préparations ferrugineuses, est un bon médicament; Hall prescrit des pilules composées à parties égales d'aloès et de sulfate de fer; Ashwell prescrit du fer ammoniacal; l'iodure de fer a été spécialement recommandé par Martin

Solon (1) et Ashwell (2). Cette dernière préparation semble surtout convenir aux malades de constitution scrofuleuse et sujettes aux engorgements ganglionnaires. On la donnera à la dose de dix centigrammes par jour dans un véhicule qui ne contienne ni tannin ni autre matière astringente. Chez quelques personnes l'iodure de fer produit des maux de tête, du vertige, des nausées, de la chaleur et une pesanteur à l'hypogastre ; mais ces symptômes peuvent disparaître en faisant prendre conjointement un peu de carbonate de magnésie le soir, ou bien en diminuant la dose de l'iodure, ou, enfin, en le suspendant complétement. Blaud (3) a beaucoup recommandé le mélange suivant : du sulfate de fer et du sous-carbonate de potasse de chaque espèce 15 grammes, on réduit chaque substance séparément en poudre et on les mélange peu à peu, on ajoute un peu de mucilage de gomme adragante de manière à former une masse que l'on divise ensuite en quarante-huit paquets, on fait prendre un de ces paquets matin et soir, au bout de trois jours on en fait prendre un troisième dans le milieu de la journée, et l'on augmente ainsi d'un ou deux paquets tous les trois jours. Les effets de ce médicament sont surprenants au dire de Blaud ; la santé se rétablit rapidement et les fonctions reprennent leur régularité. Adorne laisse de côté le carbonate de potasse. La formule suivante a été souvent employée avec succès :

℞ Sous-carbonate de fer.....	30	grammes.
Carbonate de soude.....	4	—
Poudre de noix muscade..... / Poudre de racine de réglisse.....	8	—
Sucre blanc.....	15	—
Poudre de colombo ou de gingembre.	4	—
Poudre de cannelle.....	4	—
Huile anisée.....	4	gouttes.

Mélangez dans un mortier.

La poudre est mieux conservée dans une bouteille de verre à large embouchure, bien bouchée, et on la prend avec une cuillerée à café.

Raciborski, Miquelard et Quevenne (4) préfèrent le fer métallique à l'état de division très-fine. On le prépare en faisant passer un courant d'hydrogène sur de l'oxyde de fer renfermé dans un tube et exposé à la chaleur rouge.

H. March considère que le meilleur mode d'administrer le fer est de le faire prendre dans une eau naturellement ferrugineuse. Le vin ferrugineux convient très-bien chez les enfants, soit seul, soit combiné avec la rhubarbe. Le citrate de fer et d'ammoniaque est une bonne préparation

(1) Martin Solon, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1823, t. XI, p. 520, art. Iode.

(2) Ashwell, *Guy's Hospital Reports*, part. I, p. 128 et part. III, p. 555.

(3) Blaud, *Revue médicale*, 1832, t. I, p. 337.

(4) Quevenne, *Mémoire sur l'action des ferrugineux* (*Arch. de physiologie*, n° 2, oct. 1854, p. 12).

dans les cas de chlorose avec refroidissement des extrémités. Le fer effervescent de Bewley a été encore vanté avec raison. Enfin on peut se servir de la formule suivante :

℞ Solution de citrate d'ammoniaque...	12	grammes.
Eau distillée.....	24	—
Sirop.....	4	—
Citrate de fer et de quinquina.....	5 à 15	centigr.

A prendre trois fois dans la journée (1).

Benedetti (2) a rapporté un grand nombre de succès par le tannate de fer, qu'il considère comme plus actif que les autres préparations. La dose est de 25 centigrammes à 1 gramme 50 par jour. Selade (3) pense que les meilleures préparations sont le proto-muriate ou l'hydrochlorate, le carbonate ou le lactate de fer. On peut aussi essayer d'autres toniques minéraux et végétaux.

Il faut, dans le traitement, tenir un grand compte des troubles des diverses fonctions. La dérivation par les vésicatoires; la médication altérante, des frictions mercurielles sont des moyens qui peuvent tous être utiles en temps et lieu. Les médicaments qui agissent sur la membrane muqueuse gastro-intestinale seront encore employés avec succès.

Une question importante se présente, à savoir, si l'on doit faire usage des médicaments qui agissent directement sur l'utérus avant que la constitution générale ne soit affermie. La menstruation, alors même qu'elle est provoquée, est toujours une circonstance favorable ; il y a beaucoup de cas dans lesquels l'absence de cette fonction ne tient pas à l'inertie de l'utérus, mais seulement à l'état général, et l'usage des emménagogues serait alors très-nuisible. Des injections stimulantes ont été employées avec succès pour ramener l'écoulement menstruel. Ashwell a observé des cas de guérison à la suite d'injections ammoniacales composées d'un drachme de liqueur ammoniacale concentrée et mélangée à une pinte de lait. On répétait chaque jour ces injections. Quelquefois le mariage a suffi pour guérir la chlorose.

La malade devra être chaudement vêtue et faire tous les jours de l'exercice. Le régime alimentaire sera nutritif, adapté à l'état des organes digestifs; on prescrira chaque jour une certaine quantité de vin.

(1) March, *Dublin medic. Journal*, novembre 1846.
(2) Benedetti, *Med. Times*, octobre 1846.
(3) Selade, *Archives générales de médecine belge*, février 1845.

ADDITIONS

VARICOCÈLE DE LA GRANDE LÈVRE

(PAGE 53, LIGNE 16.)

[[Nous rapporterons une observation de varicocèle de la grande lèvre droite, recueillie dans le service de Huguier, dans laquelle la guérison fut obtenue après deux applications de ligatures.

OBSERVATION. — *Varicocèle de la grande lèvre droite. — Application de deux ligatures à six semaines d'intervalle. — Guérison.* — Honorine Aubry, journalière, âgée de 35 ans, d'un tempérament lymphatique et sanguin, mais d'une constitution assez forte. Réglée à 18 ans, sans douleur.

Mariée en 1837, elle était âgée de 24 ans ; elle devint enceinte en 1841 : au troisième mois de sa grossesse il lui est survenu des varices à la jambe et à la cuisse du côté droit, ainsi qu'à la grande lèvre droite ; ces accidents étaient accompagnés de douleurs très-vives et ne firent qu'augmenter pendant le reste de la grossesse.

Après l'accouchement, toutes ces varices diminuèrent, mais celles de la cuisse seules disparurent ; cette femme put recommencer à marcher et reprendre ses occupations habituelles.

Deux ans plus tard (1843), Honorine redevint enceinte. Les mêmes varices reparurent dans le membre inférieur droit. Celles de la grande lèvre du même côté prirent un volume considérable et s'accompagnèrent de douleurs très-violentes qui redoublaient dans la marche et dans les efforts pour aller à la garde-robe.

Au terme naturel de sa grossesse, elle eut un accouchement difficile, mais naturel. Cet accouchement fut accompagné d'une hémorrhagie due à la rupture, pendant le travail, de tumeurs hémorrhoïdales dont la malade, dit-elle, ignorait jusqu'alors l'existence.

L'accouchement terminé, les varices du membre inférieur disparurent encore une fois ; mais celles de la grande lèvre s'accrurent. Cependant trois mois après elle reprit ses travaux. Dans la suite, le varicocèle augmenta toujours et lui fit éprouver des douleurs si vives qu'elle se décida à entrer à l'hôpital Beaujon. Au toucher vaginal, on trouva l'utérus un peu plus douloureux qu'à l'état normal. La grande lèvre du côté droit est très-volumineuse (diamètre longitudinal, 12 centimètres). Elle est proéminente et présente, de place en place, de petites inégalités, comme de petits tubercules qui, à leur sommet, ont une coloration bleue ; on voit aussi sur l'une et l'autre face, mais particulièrement en avant et en dedans, des espèces de circonvallations, qui sont dues au développement variqueux des veines.

Cette grande lèvre a 3 centimètres à son diamètre transversal, elle masque celle du côté opposé. M. Huguier prescrivit le repos au lit, et fit faire quatre

applications de sangsues ; mais ce traitement ne soulageait pas la malade, elle quitta le service.

Revenue chez elle, il lui survint des douleurs aiguës dans la grande lèvre quand elle voulut marcher, aussi elle se décida de nouveau à rentrer le 11 mars 1852 à Beaujon.

En examinant le varicocèle, on trouve que la grande lèvre droite a une dimension verticale de 13 centimètres, et une dimension transversale de 3 centimètres. On voit, en outre, les inégalités et les tubercules bleuâtres dont nous avons déjà parlé. Sous l'influence de la pression, on remarque que cette grande lèvre diminue de volume, se ride, devient flasque et se décolore ; elle est mollasse au toucher.

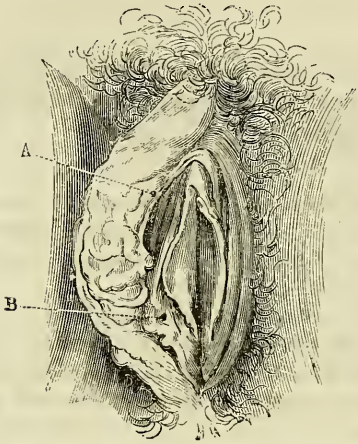


Fig. 222. — Varicocèle de la grande lèvre droite.

Le 5 avril, M. Huguier comprit dans une ligature faite avec deux fils de laiton les veines sinueuses qui rampaient dans la partie supérieure de la grande lèvre A (fig. 222). Cette opération ne fut suivie d'aucun accident, les veines s'affaissèrent, mais la tumeur ne subit qu'une légère diminution.

Le 17 mai, il applique une seconde ligature pratiquée de la même façon, sur les veines de la partie inférieure B, il s'ensuivit de l'œdème de la grande lèvre, la peau s'ulcéra et la ligature tomba. Bientôt, tous les accidents disparaissant, les veines s'affaissèrent, et la grande lèvre revint à peu près à ses dimensions normales. Honorine sortit guérie le 6 juin 1852 (1).

TUMEUR DE LA GRANDE LÈVRE

(PAGE 62, LIGNE 5.)

Nous devons placer à côté des observations de tumeurs fibro-cellulaires des lèvres rapportées par M. Churchill, un cas de tumeur observé par Morpain, et que ce médecin a décrite sous le nom de tumeur néoplasmatique.

Nous reproduisons l'observation qu'il a publiée à ce sujet et les quelques réflexions dont elle est suivie (2).

OBSERVATION. — *Tumeur néoplasmatique pédiculée de la grande lèvre gauche. — Ablation par la galvano-caustique. — Guérison.* — « Madame H., née à Mayence, âgée de 43 ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, s'est mariée à 22 ans

(1) *Bulletin de thérapeutique*. 1854, t. XLVI, p. 154.

(2) Morpain, *Tumeur néoplasmatique pediculisée à la grande lèvre gauche. Ablation par la galvano-caustique* (*France médicale*, 1865, 2e année, p. 229, n° 29).

et n'a jamais eu d'enfants. Bien réglée habituellement, elle souffre toujours sensiblement à cette époque. En 1861, elle fut traitée et guérie par Amussat d'une affection granuleuse du col. Il y a trois ans environ que madame H... s'aperçut qu'elle portait à la grande lèvre gauche une petite tumeur indolente à laquelle elle n'attacha aucune importance. Cette tumeur augmentant, elle essaya de la couper avec un fil de soie; mais la douleur occasionnée par la constriction du fil lui fit abandonner son projet. Cette tumeur continua à croître en s'allongeant, à lui causer de la gêne, mais pas de douleur.

« En 1864, elle avait acquis déjà un certain volume, et lorsque, sous l'influence de froissements et de fatigues, il s'y développait de l'inflammation, elle augmentait sensiblement de volume et la gênait pour marcher; elle imagina de la soutenir par un suspensoir d'homme. Comme en dehors de ces moments elle ne souffrait pas, elle différait constamment d'en parler à M. Schweitzer son médecin. La tumeur, continuant à croître, devint de plus en plus grande et plus gênante, elle se détermina à en parler à son médecin vers la fin de 1864. Celui-ci s'adressa à M. le docteur Amussat qui décida l'opération. La tumeur mesurait 12 cent. de long sur 3 de large. Ces mesures furent prises au repos (fig. 223).

« Mais après la moindre fatigue la tumeur doublait en largeur.

« Le 20 janvier 1865, la malade fut chloroformée, le docteur Amussat saisit la tumeur à sa base dans l'anse coupante de Middeldorff, mit le fil de platine en rapport avec une pile de Grenet, et la tumeur se détacha immédiatement sans qu'il s'écoulât une goutte de sang. Il se forma au contraire, au lieu d'implatation, une dépression cupuliforme; cette dépression fut cautérisée à nouveau par le fil rougi. Pour tout pansement on appliqua des compresses d'eau froide. Les suites de l'opération furent nulles, la malade n'ayant éprouvé qu'un peu de malaise, de l'inappétence et de la céphalalgie dus aux inhalations de chloroforme.

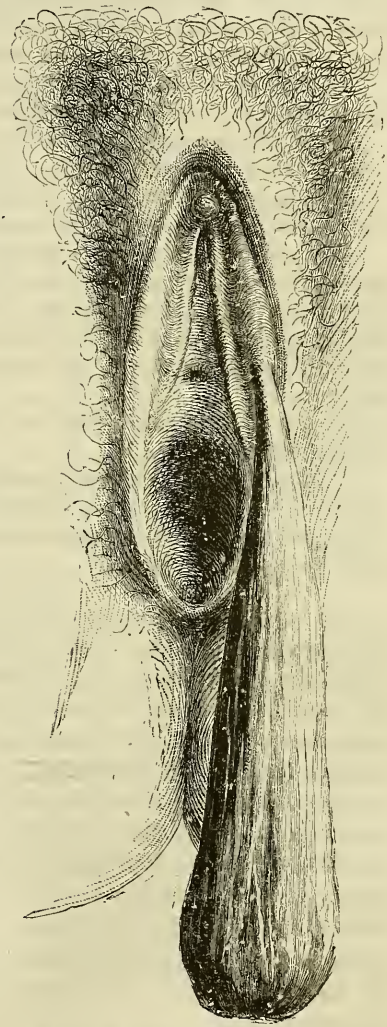


Fig. 223. — Tumeur de la lèvre gauche.

Les jours suivants on ne fit aucun pansement, les règles vinrent le 28 en retard de six jours. Le 4 février, la cicatrisation fut complète.

Examen microscopique. — L'examen microscopique, qui fut fait par M. Ordonney, fournit les résultats suivants :

« Fendue au milieu dans toute son épaisseur, son tissu présente un aspect blanc demi-transparent en tout semblable aux polypes des fosses nasales et du col de l'utérus appelés polypes muqueux.

« La peau qui la recouvre partout est hypertrophiée, très-rugueuse ; cette lésion frappe spécialement les papilles du derme.

« La couche épidermique présente une épaisseur trois ou quatre fois plus considérable qu'à l'état normal.

« Les papilles dermiques sont proportionnellement beaucoup plus volumineuses ; on voit dans leur centre une anse capillaire multiple très-injectée de sang.

« La couche du tissu dartoïque existe bien à peu près à 2 ou 3 millimètres de la surface papillaire du derme, enveloppant partout la masse du polype ; mais il faut remarquer que la production pathologique est une véritable dépendance de la peau qui la recouvre, avec laquelle elle fait corps partout, depuis le centre du polype jusqu'à la surface papillaire du derme.

« La couche épidermique est la seule partie qui a pu être enlevée par macération.

« Le tissu propre de la masse pathologique est constitué par une trame de faisceaux de tissu fibreux très-infiltrés de matière amorphe (ou lymphe plastique), par des fibrilles du tissu élastique dartoïque et par des capillaires sanguins de nouvelle formation.

« Le cas présent nous offre une de ces variétés rares de dégénérescence de la peau des grandes lèvres, confondues à tort avec l'éléphantiasis ; « car, comme on a pu le voir, l'altération principale portait sur les papilles du derme. L'affection était limitée à un seul point de la grande lèvre, ce point s'est pour ainsi dire *élongé*, après une vie propre en entraînant avec lui tous les éléments constitutifs de la grande lèvre.

« Ainsi nous retrouvons dans la tumeur les éléments *du sac dartoïque*.

« Ce n'est que l'examen nécroscopique de ces tumeurs, qui peut nous révéler leur nature histologique. Car jusqu'à ce jour, ces sortes de tumeurs ont été désignées sous le nom de tumeurs *fibreuses* des grandes lèvres. Nous préférons les appeler, jusqu'à plus ample informé, tumeurs *néoplasmatiques,* parce que, dans leur évolution, le tissu fibreux s'infiltre de matière amorphe, qui devient pour ainsi dire le centre de nouvelles formations. »

ABSENCE DE VAGIN

(PAGE 131, LIGNE 32.)

Nous placerons ici deux cas de malformation des organes génitaux publiés par Samuel Woods, chez des enfants considérés comme garçon et

fille et appartenant à la même famille. Voici la description de l'auteur (1) :

« Le premier sujet qui a été regardé jusqu'ici comme une fille est âgé de treize ans et ne présente rien de particulier dans sa conformation générale, il a même plutôt le regard ouvert, l'air intelligent, modeste et ne présente pas la plus petite apparence masculine.

« Il me fut montré par sa mère pour une tumeur de la grande lèvre du côté gauche qui, disait-elle, était apparue depuis un mois seulement. — En examinant les parties et séparant les lèvres, je m'aperçus qu'il n'y avait pas de vagin, qu'il existait un clitoris bien développé présentant une légère échancrure sur le gland ainsi qu'un prépuce, mais que les petites lèvres faisaient défaut. Au-dessous de ce clitoris, on rencontre une dépression en entonnoir revêtue d'une membrane muqueuse capable de contenir une noisette et conduisant à un petit orifice par lequel se fait la miction. Puis entre ce point et le périnée, les lèvres unies forment un sillon profond. La lèvre gauche est plus large que la droite, et chacune contient quelque chose qui ressemble à un testicule ou à un ovaire, ainsi qu'une trace de cordon. Le testicule droit est plus rapproché de l'anneau inguinal ; il faut un soin minutieux pour le trouver, et il est plus petit que le gauche. Il est probable que ce dernier occupa une position semblable jusqu'au moment où la tumeur devint visible et attira l'attention de la mère, en descendant à la place qu'elle occupe actuellement.

« Lorsque je lui fis part de cette anomalie, elle fut très-tourmentée et me dit qu'il existait aussi quelque chose d'anormal chez son petit garçon qu'elle avait avec elle dans l'infirmerie et que j'avais journellement l'occasion d'examiner. — Cette femme était surveillante dans l'établissement presque depuis son entrée, neuf mois précédemment.

« Cet enfant est âgé de quatre ans, il est fort pour son âge, ses jambes, ses bras, ses cuisses sont mous et arrondis et pourvus d'un embonpoint considérable ; cependant son aspect extérieur n'est pas plus féminin que celui des enfants de cet âge.

« A un premier coup d'œil, les parties extérieures de la génération présentent une ressemblance frappante avec celles d'une fille, et je puis presque donner de lui la même description que j'ai déjà faite pour sa sœur. En place d'un scrotum, existe l'ébauche de grandes lèvres réunies sur la ligne médiane, sans qu'il y ait la profonde dépression que l'on rencontre chez sa sœur. Il existe seulement une commissure qui s'étend jusqu'au périnée. Chaque côté contient un très-petit rudiment de testicule et de cordon ; et il urine à travers un orifice situé à la base de son pénis rudimentaire.

« En introduisant une sonde utérine et en même temps un cathéter, les deux instruments se rencontrent dans la vessie.

« Le doigt introduit dans le rectum ne parvenait pas à découvrir un canal intermédiaire, un utérus, ou une prostate. Pendant ces explorations, le pénis à apparence de clitoris semblait chez le plus âgé de ces enfants posséder des propriétés érectiles.

(1) Samuel Woods, *History of two cases of hermaphrodism* (*Dublin quarterly Journal of medical science*, 1868, t. XLVI, p. 52).

Fig. 224. — Malformation des organes génitaux chez une enfant de 13 ans. (S. Woods.)

Fig. 224. — * Hermaphrodite âgée de treize ans, et considérée comme appartenant au sexe féminin. Il n'existe pas de vagin, mais le clitoris paraît bien développé et présente au-dessus de son sommet une échancrure et un prépuce. Les petites lèvres n'existent pas. Au-dessous on voit une dépression infundibuliforme, tapissée par la membrane muqueuse, capable de loger une noisette, et aboutissant à un petit orifice par lequel l'urine s'écoule au dehors. Plus en arrière, en se rapprochant du périnée, on trouve les grandes lèvres soudées de telle façon, qu'il n'existe entre elles qu'un sillon profond. La grande lèvre gauche est plus volumineuse que la droite, et chacune d'elles contient, en même temps qu'un vestige de cordon, quelque chose qui paraît être un testicule (ou un ovaire). Le testicule du côté droit est très-haut dans la direction de la région inguinale, il est beaucoup plus petit que celui du côté gauche, et, pour le sentir, il faut le chercher attentivement. (Samuel J. Woods, *History of two Cases of Hermaphrodism, in The Dublin quarterly journal of medical science*, t. XLVI, p. 52. Dublin, 1868.)

Fig. 225. — Malformation des organes génitaux chez un enfant de 4 ans (S. Woods).

« Outre ces deux enfants, la mère en avait eu dix autres, parmi lesquels six étaient vivants. — Six garçons et une fille ; tous bien conformés. »

KYSTE DU VAGIN

(PAGE 163, LIGNE 18.)

Comme exemple de kystes du vagin nous rapporterons l'observation suivante.

OBSERVATION. — Le kyste était situé dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale à droite du canal de l'urèthre ; au premier aspect on pouvait croire à une cystocèle ; c'est même ce qui est arrivé. La malade âgée de 17 ans était venue accoucher à la maternité. Pendant le travail, la tumeur poussée en bas et en avant fut prise par la sage-femme et l'interne pour une hernie vésico-vaginale. La présence de cette tumeur n'eut aucune influence sur la marche de l'accouchement qui fut naturel. Après ses couches,

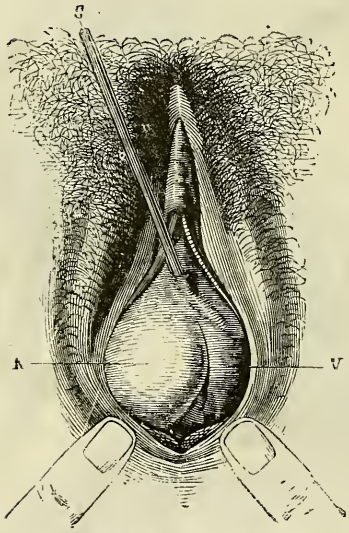


Fig. 226. — Kyste muqueux folliculaire des parois du vagin.

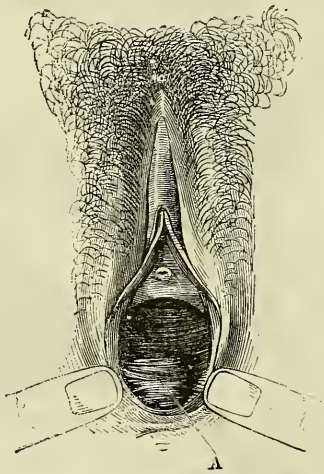


Fig. 227. — Kyste muqueux folliculaire des parois du vagin.

cette femme, qui était affectée de végétations nombreuses que l'on considérait de nature syphilitique, fut dirigée sur l'hôpital de Lourcine. Huguier ayant constaté la nature de la tumeur en fit prendre le dessin que nous reproduisons en y ajoutant une sonde de femme S afin de montrer la déviation de la vessie à gauche V, et la direction du canal de l'urèthre qui est accolé au fond du kyste K (fig. 226).

Après s'être bien assuré de l'isolement complet de la tumeur, Huguier fit à la partie inférieure une petite incision, saisit avec des pinces à disséquer une des lèvres de la plaie et enleva à l'aide de forts ciseaux courbes toute la portion de la poche qui faisait saillie dans le vagin. — Cette ouverture circulaire qui avait l'étendue d'une pièce de un franc permit de cautériser immé-

diatement toute la surface interne avec un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure.

Les suites de l'opération furent des plus simples; l'inflammation causée par la cautérisation était calmée le quatrième jour, et la cavité et les parois du kyste revinrent peu à peu sur elles-mêmes. — Le kyste s'était développé au début de la grossesse. Sa position à l'entrée du vagin avait permis à la femme d'en suivre le développement qui fut peu rapide. Sa présence donnait lieu seulement à un peu de gêne pendant la miction sans déterminer de leucorrhée (1).

La figure 227 présente un autre exemple de kyste muqueux folliculaire situé dans la cloison recto-vaginale. La malade chez laquelle ce kyste existait présentait une autre tumeur de même nature vers la partie moyenne du vagin et un peu à droite.

La figure représente le kyste tel qu'on le voyait lorsqu'il était soulevé et tendu à l'aide d'une érigne; abandonné, il reprenait sa position, et on ne voyait plus rien, seulement la muqueuse vaginale formait en avant des replis nombreux et simulait une rectocèle peu prononcée (2).

KYSTE DU COL DE L'UTÉRUS

(PAGE 320, LIGNE 25.)

Nous avons décrit, sous le nom d'*œufs de Naboth*, de petits kystes qui siégent ordinairement dans la cavité du col et qui peuvent acquérir le volume d'un pois ou d'une cerise. Ces petits kystes qui sont formés par la distension des glandes de la muqueuse, par du mucus qui s'accumule dans leur cavité, peuvent aussi se rencontrer sur la surface externe du col, comme le montre la figure 228.

OBSERVATION. — Adèle D..., couturière, âgée de 37 ans, s'est présentée il y a quatre mois dans un service des hôpitaux, demandant qu'on la débarrassât de flueurs blanches accompagnées de douleurs de reins et de la poitrine, d'un sentiment de pesanteur sur le siége, et de temps à autre d'élancements dans le bas-ventre. Ces signes évidents d'une affection utérine la firent admettre à l'hôpital, et le lendemain, à la visite, le médecin, après avoir pratiqué le toucher, porta pour diagnostic : Engorgement du globe utérin avec ulcération du col. Un traitement approprié à la lésion présumée fut établi : saignées dérivatives, sangsues, injections etc... Au bout d'un mois de ce traitement, la malade sollicita un examen au spéculum ; le vieux praticien s'y refusa, disant qu'il portait des lunettes au bout des doigts. Mais la malade, lassée d'at-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1848, t. XXXV, p. 22.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1841, t. XXXV, p. 24.

tendre un soulagement, sortit de l'hôpital et vint se présenter à l'hôpital Beaujon (service de Huguier). Les symptômes énumérés plus haut persistaient. Cette femme était amaigrie, et son teint jaune-paille témoignait d'un état de souffrance prolongée.

Au spéculum, on reconnut un kyste multifolliculaire de la lèvre antérieure du col dont nous donnons le dessin ci-contre (fig. 228).

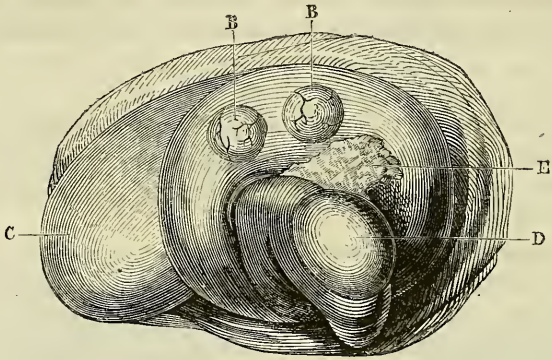


Fig. 228. — Kyste de la lèvre antérieure du col de l'utérus.

La paroi antérieure du kyste D se laissait facilement déprimer, et donnait au toucher la sensation d'une ulcération arrondie de la dimension d'une pièce de deux francs. Huguier enleva ce kyste à l'aide de ciseaux à très-longues branches. Un peu de sang s'écoula pendant quelques heures; puis une injection fut pratiquée soir et matin pendant huit jours, et la malade sortit complétement guérie le dixième (1).]]

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1848, t. XXXIV, p. 211.

LIVRE II

MALADIES DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE

L'étude des désordres et des maladies qu'amène la grossesse nous sera rendue plus facile si d'abord nous entrons brièvement dans quelques considérations sur les modifications locales et générales qu'elle entraîne, sur les sympathies qu'elle fait naître.

Nous ajouterons quelques instructions au sujet des soins que réclame la femme enceinte.

CHAPITRE PREMIER

MODIFICATIONS LOCALES ET CONSTITUTIONNELLES RÉSULTANT DE L'ÉTAT DE GROSSESSE.

« Il est d'observation vulgaire, dit Denman (1), que les femmes sujettes aux malaises qu'entraîne la gestation sont dans de meilleures conditions, et sont moins exposées à avorter que celles qui en sont exemptes. La grossesse constitue alors un état de trouble général, mais elle ne peut pas, à proprement parler, être appelée un état morbide. Si, cependant, le terme *maladie* est employé pour donner une idée plus nette des malaises temporaires auxquels les femmes sont exposées, ou pour en noter les irrégularités ou les exagérations, il peut être conservé.

« La grossesse peut donc être considérée comme un état physiologique, mais touchant de si près à un état morbide, que la limite me paraît souvent difficile à établir. Dans ce chapitre, j'énumérerai les modifications que comporte la grossesse considérée plutôt comme un état physiologique que comme un état morbide ; nous pourrons ainsi plus facilement apprécier les actions morbides qui exigent l'intervention de l'art. Et d'abord, jetons un coup d'œil sur les modifications anatomiques qui se produisent dans l'utérus, les ovaires, les trompes, etc. »

ARTICLE PREMIER.

MODIFICATIONS ANATOMIQUES DES ORGANES SEXUELS.

I. *Utérus.* — Le tissu de l'utérus, à l'état de vacuité ferme et serré, devient plus lâche. Ses fibres entrecroisées se séparent, laissent entre elles

(1) Denman, *Introduction to the practice of midwifery*, 7e édition, p. 144.

des intervalles nombreux, quelques-uns très-considérables, occupés par les vaisseaux et les nerfs hypertrophiés. Quelques auteurs affirment, et je crois avec raison, qu'il se produit des éléments de nouvelle formation dans l'utérus pendant le gestation, et en donnent comme preuves l'augmentation du volume de l'organe et l'épaississement de ses parois. D'autres nient cette addition d'éléments nouveaux, cette véritable hypertrophie, et n'attribuent l'augmentation de volume de l'utérus qu'à la laxité plus grande du tissu.

[A. *Tunique séreuse.* — Le péritoine recouvre incomplétement, comme on le sait, l'utérus, et forme sur le parties latérales deux replis larges s'étendant sur les parois du bassin, et contenant les ovaires, les trompes, les ligaments ronds; près de ceux-ci, sont les replis utéro-sacrés (utéro-rectaux ou plis de Douglas).

Entre les deux feuillets péritonéaux qui constituent chacun de ces ligaments ou prétendus ligaments, on trouve les vaisseaux et nerfs utérins ; de plus, le microscope y a démontré l'existence, incontestable maintenant, d'une quantité notable de fibres musculaires lisses provenant de l'utérus. Les ligaments ronds et les replis utéro-sacrés en contiennent une proportion plus grande, en même temps que du tissu fibreux en quantité différente leur donne l'aspect et la solidité suffisante pour mériter le nom de *ligaments.* Dans le ligament rond seulement, on trouve, au voisinage de l'orifice interne du canal inguinal, des fibres striées en assez grand nombre.

Pendant la grossesse, à mesure que l'utérus prend du développement, la séreuse participe à l'hypertrophie générale, ainsi que les fibres lisses contenues dans les replis qu'elle forme ; peut-être même, au dire de Köl-liker, les fibres striées des ligaments ronds s'accroissent-elles aussi ; en même temps les replis utéro-sacrés et utéro-vésicaux grossissent, s'allongent, changent de direction; les vaisseaux interposés augmentent de calibre, leurs parois se modifient, comme je le dirai plus loin. Je n'ai enfin pas besoin d'ajouter que les feuillets des ligaments larges s'écartent pour laisser place à l'envahissement de l'utérus imprégné; ce n'est donc pas par simple distension que le péritoine a cédé devant l'accroissement de la matrice, mais bien aussi sous l'influence générale qui régit les nouvelles fonctions des organes de la génération.

B. *Tunique musculaire.* — Pendant l'état de vacuité, au premier abord le tissu utérin se présente sous l'aspect d'un tissu dense, serré, de nature fibreuse; sa nature musculaire, méconnue d'abord, puis niée plus tard encore par quelques auteurs, et des meilleurs (Portal, Blumenbach, Smellie, Bichat), alors que d'autres l'acceptaient au moins pendant la grossesse, fut enfin mise hors de doute. Déjà les démonstrations physiologiques et chimiques (Schwilgué) étaient de sûrs garants du fait, lorsque le microscope vint enfin mettre les anatomistes d'accord.

L'existence de la fibre musculaire admise offrait-elle une disposition

toujours identique, ou était-elle jetée confusément et comme par hasard pour former la masse de l'utérus? Les opinions étaient partagées, et ce n'est qu'en 1840 que G. Kasper (1) décrivit dans l'utérus vide trois couches de fibres auxquelles il donnait une direction constante. Avant lui, en 1821, madame Boivin (2) en avait donné une description dans l'utérus après l'accouchement; plus tard, Deville, dans les mêmes conditions, a assigné aux fibres utérines une marche dont l'étude est maintenant classique. Enfin, Kölliker (3) a suivi les couches musculaires sur l'utérus en vacuité; il en a tracé une description très-claire et qui diffère peu de celle de Kasper. Je reproduis à peu près textuellement le passage du livre de Kölliker. « On distingue, dit-il, dans l'utérus trois couches qui ne sont pas aussi distinctes que dans l'intestin : 1° une couche superficielle composée de fibres longitudinales et de fibres transversales; les premières forment une lame mince, unie au péritoine et étendue sur le fond, les faces antérieure et postérieure de l'organe jusqu'au col. Les fibres transversales, en couche beaucoup plus épaisse, entourent l'utérus circulairement, se prolongent dans le ligament rond, les ligaments larges, le ligament de l'ovaire et dans les trompes. 2° Une couche moyenne qui offre des faisceaux aplatis, puissants, les uns transversaux, les autres longitudinaux et obliques qui s'entrecroisent en comprenant entre eux des vais-

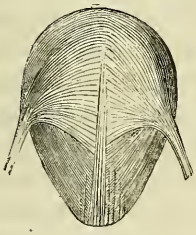


Fig. 229. — Utérus avec les fibres musculaires en nattes. (Penard.)

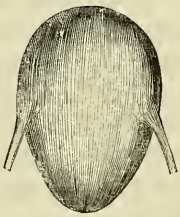


Fig. 230. — Utérus avec les fibres musculaires longitudinales. (Penard.)

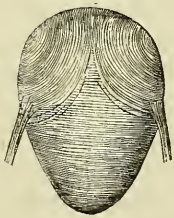


Fig. 231. — Utérus avec les fibres musculaires transversales. (Penard.)

seaux, des veines surtout, qui donnent à l'organe un aspect spongieux. 3° Une couche interne enfin, qui est très-mince, se compose d'un lacis de fibres longitudinales minces, de fibres transversales et obliques, plus épaisses, qui, au niveau des oviductes, forment quelquefois des anneaux parfaitement distincts. Au fond de l'utérus, la couche moyenne offre son maximum de développement, elle y est comme stratifiée, tandis que, dans le col, où les parois sont plus minces, il y a surtout des fibres transversales entremêlées de quelques fibres longitudinales. Au niveau de l'orifice

(1) Kasper, *Diss. de structura uteri fibrosa*. Breslau, 1840.

(2) Madame Boivin, *Mémorial de l'art des accouchements*, 4e édition. Paris, 1835 p. 65.

(3) Kölliker, *Histologie humaine*, traduction. Paris, 1870.

externe, immédiatement au-dessous de la muqueuse, il y a des fibres transversales très-développées, qu'on peut considérer comme un véritable *sphincter uteri.*»

Au col, Kasper admettait la présence du tissu cellulaire beaucoup plus abondant que dans le corps de l'utérus, et d'autant plus abondant dans cette portion de l'organe qu'on se rapprochait plus de la surface extérieure.

Les fibres musculaires, réunies dans tout l'organe par le tissu conjonctif embryonnaire et à noyaux, sont des fibres cellules, courtes, de 0^{mm}, 05 à 0^{mm}, 07 de diamètre, à noyau ovalaire, groupées en faisceaux.

Après la fécondation l'utérus s'accroît non-seulement par l'hypertrophie de fibres musculaires existantes, mais encore pas la genèse d'éléments musculaires de nouvelle formation. C'est surtout pendant les cinq premiers mois que ces modifications s'opèrent avec la plus grande activité, comme nous l'avons déjà vu. A ce moment, les fibres musculaires, qui n'avaient que de 0^{mm},05 à 0^{mm},07 en longueur et 0^{mm},005 en largeur, mesurent dans le premier sens de 0^{mm},014 à 0^{mm},027, et de 0^{mm},0055 à 0^{mm},014 dans le second, c'est-à-dire qu'elles offrent de 7 à 11 fois plus de longueur, et de 2 à 7 fois plus de largeur. C'est aussi pendant cette période, et alors seulement, qu'on observe un grand nombre de jeunes cellules à tous les degrés de développement (Kölliker).

Le noyau ovalaire est entouré de granulations moléculaires nombreuses, ce qui, pour cette espèce de tissu élémentaire, ne se rencontre ni dans un autre organe, ni dans l'utérus lui-même en dehors des conditions de grossesse (Ch. Robin). A la fin de la gestation, le tissu conjonctif s'hypertrophie considérablement, et ajoute aux causes de développement des parois utérines.

C. *Tunique muqueuse.* — Nous allons retrouver, à propos de la nature de la membrane interne de l'utérus, les mêmes hésitations et les mêmes erreurs que pour le tissu musculaire. Méconnue pendant plus longtemps encore, à cause même de son épaisseur exceptionnelle, par quelques-uns jusqu'à une époque assez rapprochée de nous, son existence, d'abord prévue par analogie, a été démontrée enfin et d'une manière incontestable.

Costé (1), en 1842, le premier, a donné une description exacte de la muqueuse utérine, qu'il regardait comme entrant seule dans la composition de la caduque. Ses observations ont été de tous points appuyées par les recherches de Blot (2), et elles sont généralement admises, en

(1) Coste, *Mémoire sur la formation de la caduque dans l'œuf humain* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1842, t. XV, p. 37, 59, 162 et 224) ; *Recherches sur la gestation de l'espèce humaine* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*. Paris, 1844, t. XXI, p. 574).

(2) Blot, *Observations d'ovologie* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1847-1848, t. XIII, p. 83,

France au moins, comme l'expression de la vérité. Nous verrons plus loin que les opinions de Coste sur la formation de la caduque ne sont pas acceptées en tous pays. Ch. Robin, enfin, dans un remarquable mémoire publié en 1848 (1), a donné de la muqueuse utérine une description aussi complète que possible ; nous emprunterons une partie des détails suivants à son travail.

Non-seulement cette membrane ne ressemble pas aux muqueuses qui tapissent les autres cavités, ses fonctions toutes spéciales devaient faire pressentir cette différence, mais encore elle ne se ressemble pas elle-même dans toutes les parties de l'utérus. Dans le corps et dans le col, en effet, à toutes les époques, elle se distingue par des qualités et des propriétés différentes.

[[Dans le corps, elle est friable, rougeâtre, mince (1 à 2 millimètres) (Kölliker.)]] Elle s'amincit au niveau de l'isthme et des orifices tubaires. Sa couleur est d'un rouge plus ou moins intense, quand elle est congestionnée, et d'un rose sale, en dehors de cette circonstance. Dans tous les cas, ces colorations, et l'aspect du tissu la différencient très-nettement sur une coupe du tissu sous-jacent. Dans le col, la couleur est bleuâtre, comme perlée, ce qui tient au moins haut degré de vascularité de cette portion de l'utérus.

Très-adhérente et très-friable, on ne peut arracher que de très-petits lambeaux de la muqueuse du corps [[dans le col, la muqueuse est plus dense et plus épaisse (2 à 3 millimètres) surtout sur les parois antérieure et postérieure (Kölliker). Elle adhère aussi plus intimement au tissu utérin. « L'épithélium de la muqueuse utérine se compose d'une couche de cellules cylindriques de $0^{m},035$ de hauteur et garnies à leur surface libre de cils extrêmement déliés qui se meuvent de dehors en dedans. L'épithélium vibratile se prolonge jusqu'au milieu de la hauteur du col ; plus bas, il est remplacé par un épithélium pavimenteux (2). »]]

Au premier aspect, la surface interne paraît, chez la femme pubère, lisse, unie ; mais, après un examen attentif, on aperçoit, même à l'œil nu, cette surface soulevée par une quantité innombrable de petites saillies qui sont les glandes muqueuses de l'organe ; au toucher, elle donne la même sensation qu'un étoffe de velours à poils très-courts ; à cette époque de la vie, que la femme soit nulli ou multipare, on ne retrouve plus sur les parois les lignes verticales saillantes qu'on y trouvait chez les fœtus et

119, 417). — Voyez le Sauvage, *Recherches sur le développement de la membrane caduque* (*Arch. gén. de méd.*, 1835, 2e série, t. II, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1847-48, t. XIII, p. 444).

(1) Robin, *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et pathologique de la membrane muqueuse utérine, de son mucus et de ses œufs, ou mieux des glandes de Naboth* (*Archives gén. de méd.*, 1848, t. XVII et XVIII, p. 189). — *Mémoire sur les modifications de la muqueuse utérine pendant et après la grossesse* (*Mémoires de l'Acad. de médecine*. Paris, 1861, t. XV, p. 81).

(2) Cruveilhier, *Traité d'anatomie descriptive*, 4e édition, 1865.

chez l'enfant nouveau-né; la muqueuse du col, au contraire, en avant et en arrière, est soulevé par un pli vertical qui est décrit à tort, dans les livres classiques, comme étant situé sur la ligne médiane. Ces saillies linéaires (arbres ou plutôt colonnes de la vie), placées sur la partie inférieure du col, à peu près sur la partie médiane de chacune des faces, se dévient supérieurement, la postérieure à gauche, l'antérieure à droite; et lorsqu'elles s'approchent de l'orifice interne, toutes deux se renflent, forment, suivant F. Guyon, une saillie plus marquée, comparable au verumontanum, et, accolées l'une à l'autre par leurs faces latérales, elles ferment l'orifice.

Ces colonnes sont formées non-seulement par la muqueuse, mais encore par des fibres musculaires. « Les superficielles dépassent le niveau des fibres circulaires ou légèrement obliques qui forment les parois du col, et, arrivées au niveau de l'orifice interne, elles s'infléchissent pour se continuer avec les fibres circulaires (1). »

Des parties latérales de ces colonnes, partent des replis de la muqueuse renfermant des fibres musculaires, ils sont disposés obliquement, et leur bord libre regarde le méat utérin. Dans leur intervalle, on trouve des séries linéaires de glandules, l'orifice de quelques-uns s'oblitère, et celles-ci se développent pour constituer ce qu'on appelle les œufs de Naboth. La nature musculaire de ces replis nous explique comment, pendant la grossesse, au lieu de disparaître pour aider à la dilatation, ils sont au contraire hypertrophiés (Ch. Robin). »

La texture de la muqueuse a été parfaitement étudiée par Ch. Robin. Lebert, le premier, avait indiqué la présence dans cette membrane du tissu fibro-plastique qu'on ne retrouve dans aucune muqueuse. Robin y a montré en outre des fibres du tissu cellulaire, des fibres à noyau en petite quantité, de la matière amorphe unissante en grande quantité, et des capillaires sanguins. La proportion assez considérable du tissu fibro-plastique indique la facilité avec laquelle peut se faire, dans des circonstances données, la régénération de la muqueuse. Ces fibres, en effet, ne se rencontrent jamais que dans les tissus en voie de rénovation. Un épithélium prismatique, des glandes tubuleuses et flexueuses, complètent la texture de cette membrane; les capillaires sanguins dirigés parallèlement aux séries de glandules se ramifient sur leurs parois et forment en dernier lieu dans le corps un réseau sous-épithélial très-serré. Dans le col, le réseau est moins riche, et l'épithélium est cylindrique, à cils vibratiles.

A. Wieland a indiqué (2) en partie les modifications extérieures que subit

(1) Hélie de Nantes, cité par M. Guyon, *Des cavités de l'utérus*, thèse inaugurale, 1858. — Hélie, *Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse*. Paris, 1865, in-8 avec un atlas in-folio.

(2) Wieland, *Étude sur l'évolution de l'utérus pendant la grossesse, et sur le retour de cet organe à l'état normal après l'accouchement*, thèse inaugurale. Paris, 1858, n° 305.

la muqueuse au moment de la fécondation, et a dit le rôle que joue alors une portion hypertrophiée de cette membrane dans la formation de la caduque réfléchie.

En Angleterre, cependant, quelques accoucheurs distingués n'admettent pas encore les résultats des beaux travaux de Coste et considèrent la *decia reflexa* comme un produit de sécrétion des glandes utérines; pour eux, cette sécrétion, à l'état gélatineux d'abord, s'organise et forme l'enveloppe externe de l'œuf; à chaque époque menstruelle, la même sécrétion a lieu, mais l'organisation en est inutile, le liquide gélatineux s'écoule par les parties génitales. D'autres ont adopté et conservé sur ce sujet les opinions déjà vieillies de J. Hunter.

L'afflux considérable du sang dans la muqueuse utérine causé par la fécondation n'est pas la seule raison de l'épaississement de la membrane interne, tous ses éléments et surtout les éléments fibro-plastiques ont subi une vériable hypertrophie (elles acquièrent le double environ de leur volume ordinaire), d'autres fibres se sont formées, les fibres de tissu cellulaire s'écartent par l'augmentation du tissu amorphe. Ces causes réunies amènent la formation de ces plicatures considérables dont j'ai parlé dans un autre endroit; le pli ovulaire qui se développe, s'accroît et se distend pour former la caduque réfléchie ou membrane épichoriale, va, dès les premiers jours qui suivent le début de la grossesse, par la distension même, perdre des caractères de la muqueuse utérine; au commencement du deuxième mois, les glandules en ont disparu, et l'on n'y retrouve plus de vaisseaux.

Ce n'est que vers le quatrième mois, quelquefois un peu avant, que la caduque pariétale commence à se déplisser notablement, elle est encore très-vasculaire et d'une épaisseur grande ; peu à peu dès lors, mais plus lentement et moins complétement que la caduque fœtale, elle s'amincit et s'atrophie. Cependant, même après l'accouchement, les vestiges des vaisseaux, et les glandules autrement disposées sont encore visibles.

A partir de ce moment elle se sépare, en partie seulement, du tissu musculaire du corps de l'utérus; car, sous elle, des éléments de nouvelle formation ont préparé une nouvelle muqueuse, partout excepté au niveau de l'insertion placentaire. Là, en effet, la muqueuse interutéro-placentaire, au moment de l'accouchement, ne perd que son épithélium épaissi et sa partie la plus superficielle. Aussi la partie adhérente au placenta, d'après Robin, n'est-elle composée que par des cellules épithéliales hypertrophiées, un peu de matière amorphe, et des granulations diverses(1).

(1) Ch. Robin, *Sur quelques points de l'anatomie et de la physiologie de la muqueuse et de l'épithélium utérin* (*Journal de physiologie de M. Brown-Séquard*, janvier 1858, t. I, p. 46); *Mémoire sur les modifications de la muqueuse utérine* (*Mémoires de l'Académie*. Paris, 1861, t. XXV, p. 137).

Les autres parties de la muqueuse qui forme la sérotine restent attachées à l'utérus, et ce n'est que quelque temps après l'accouchement qu'elles s'exfolient, à mesure que le nouveau tissu se reformera. Pendant le travail, la caduque vraie se détache par déchirure de la muqueuse du col, et elle est expulsée avec l'œuf.

Dès le début de la grossesse jusqu'à deux mois et demi, dans le corps de l'utérus, l'épithélium prismatique du corps de l'utérus s'exfolie, il est remplacé par des cellules plus considérables d'épithélium pavimenteux, dans lesquelles on trouve des granulations graisseuses ; et à terme, sur les caduques, on ne retrouve plus que par place des cellules allongées, irrégulières. Dans le col, il conserve son état cylindrique en perdant ses cils vibratiles (1).

La membrane de récente formation, encore incomplète, tapisse donc une partie du corps de l'utérus, et va acquérir, pendant les semaines qui suivront l'accouchement, tous les caractères et les propriétés de la muqueuse primitive. La muqueuse du col ne disparaît pas pendant le travail de la parturition, elle est seulement très-distendue, et subira d'autres transformations avant de reprendre son type antérieur.]

D. *Vaisseaux.* — Il se produit également une notable modification dans les vaisseaux. Avant la conception, il arrive dans l'organe une quantité de sang rouge telle qu'elle suffit à la nutrition de l'organe et à ses fonctions sécrétoires, mais pendant la grossesse ils prennent des dimensions beaucoup plus considérables, et des vaisseaux où le sang n'avait pénétré jamais s'hypertrophient et charrient du sang rouge destiné à la nutrition du fœtus. Les espaces laissés entre les fibres utérines sont occupés par les vaisseaux hypertrophiés qui par leur développement au niveau du placenta ont mérité le nom de *sinus*.

[Il est incontestable que la grossesse a apporté dans les vaisseaux des changements semblables à ceux qu'elle a fait subir aux autres tissus. Augmentation de calibre, élongation, hypertrophie des parois, multiplication des rameaux, l'analogie est complète. Les artères, avant de pénétrer dans le tissu utérin, se sont élargies et allongées, elles s'enroulent en forme de tire-bouchon ; mais, entre les plans de fibres musculaires, leur amplitude relative est plus manifeste encore, on n'a pas encore formellement démontré l'addition d'éléments nouveaux à leurs parois. Il n'en est pas de même du système veineux. Dans le tissu musculaire du corps de l'utérus, auquel elles contribuent à donner une grande partie de son épaisseur et de son aspect spongieux, les veines ont vu leur calibre s'accroître considérablement (on leur donne le nom de *sinus*) ; leurs parois, constituées par la tunique interne des veines seulement, sont adhérentes au tissu musculaire qui leur sert de soutien. C'est surtout dans les troncs veineux qu'on a pu constater très-nettement, outre la couche musculaire

(1) Ch. Robin, *Journal de physiologie de M. Brown-Séquard*, janvier 1858.

normale à fibres circulaires hypertrophiées, une couche musculaire interne et une autre externe, à fibres longitudinales, dont l'existence est très-facile à démontrer (Kölliker).

Au niveau de l'insertion placentaire, ce dernier auteur n'admet pas la continuation des veines jusque dans les cotylédons du placenta ; il dit « que ces vaisseaux s'arrêtent aux bords et à la face convexe du tissu utéro-placentaire, et s'ouvrent dans des lacunes sans parois, situées entre les villosités choriales. » C'est aussi l'opinion acceptée par Kiwisch. Coste croit que les parois des veines utéro-placentaires se distendent considérablement pour former les lacs sanguins qui existent entre la face adhérente du placenta maternel et celle du placenta fœtal. Robin est de cet avis, mais il pense aussi que les parois dilatées de ces sinus sont en outre accompagnées, entre les cotylédons placentaires, par cette portion surtout épithéliale de la sérotine que le placenta entraîne avec lui au moment de la délivrance; de telle sorte que les parois des villosités sont séparées, suivant lui, du sang maternel non-seulement par les minces parois des sinus, mais encore par cette même couche grisâtre, dont l'épaisseur peut atteindre près de 2 millimètres (1). Les villosités choriales ne sont donc pas plongées dans le tissu de la membrane épichoriale, comme on le dit communément.]

E. *Nerfs.* — Les nerfs, suivant les recherches de W. Hunter (2), Tiedemann (3) et Robert Lee (4), sont également hypertrophiés. Cette dernière modification est d'autant plus remarquable qu'elle ne provient en aucune façon d'une sorte de distension (comme pour les vaisseaux); mais il y a dans ce cas une véritable hypertrophie de la substance nerveuse dans chaque nerf.

[Les lymphatiques ont subi, dans leur calibre et leur volume, des changements analogues. Les nerfs sont en petit nombre dans l'utérus. Boulard, aide d'anatomie de la Faculté, en a poursuivi jusque dans le col, auquel plusieurs anatomistes, entre autres, Jobert de Lamballe (5), en refusaient absolument. Suivant Boulard, d'accord en cela avec Cruveilhier, les nerfs ne subiraient pas de changement de volume pendant la grossesse, toutes les modifications auraient lieu dans les plexus, qui, au lieu de former, comme chez l'enfant, une sorte de toile nerveuse, se dissocieraient pour constituer un treillis à mailles assez larges.

D'autres admettent au contraire une augmentation de volume notable dans les filets nerveux du parenchyme utérin, et, parmi ces derniers,

(1) Ch. Robin, *Journal de physiologie de Brown-Séquard*, janvier 1848.

(2) William Hunter, *The Anatomy of the human gravid uterus.* Birmingham, 1774, p. 21.

(3) Tiedemann, *Tabulæ nervorum uteri.* Heidelberg, 1822, p. 10.

(4) Robert Lee, *On the ganglia and the other nervous structures of the uterus.*

(5) Jobert (de Lamballe), *Recherches sur la disposition des nerfs de l'utérus et application de ces connaissances à la physiologie et à la pathologie de cet organe* (*Mémoires des savants étrangers à l'Acad. des sciences.* Paris 1843, t. VIII, p. 386, avec pl.).

nous trouvons encore des dissentiments. Tiedemann, le premier, avait constaté le fait sans en donner la raison. Lobstein et Beck le repoussaient, Jobert (de Lamballe) l'acceptait en disant que l'hypertrophie portait sur l'enveloppe du nerf seulement. Remak prétend qu'en augmentant de volume, le nerf prend une couleur grise due au nombre plus grand de fibres à noyaux. Kölliker concilie ces opinions en disant qu'il est très-admissible que ces nerfs augmentent de volume (ce qui paraît incontestable), par suite de l'épaississement du névrilème, de l'élargissement et de l'élongation des tubes nerveux existants; il croit en même temps à la multiplication des extrémités terminales des nerfs, nécessaire pour que ceux-ci puissent se distribuer à une plus large surface et suffire à l'activité fonctionnelle de l'utérus, pendant et après l'accouchement.]

Les lympathiques qui peuvent à peine être démontrés dans un utérus vierge subissent un développement considérable et forment une grande portion du lacis vasculaire qui entoure l'utérus et pénètre dans son tissu. Nous en trouvons la preuve manifeste dans certaines maladies.

A partir de la conception jusqu'à une période voisine de l'accouchement, l'utérus augmente de volume; il est distendu par l'accumulation de la liqueur amniotique : à son tour il distend les parois abdominales, il remonte vers le creux épigastrique, repoussant en arrière et en haut la masse intestinale.

Cette augmentation de volume a été très-exactement notée. L'utérus de la vierge, « dit Montgomery (1), mesure dans sa longueur environ 2 pouces 1/4 et 1 pouce 3/4 dans sa largeur. La distance d'une face à l'autre d'avant en arrière est d'environ 1 pouce. La cavité utérine contiendrait à peine une amande dépouillée de son envelope. D'après les calculs de Levret, la superficie de l'utérus serait de 16 pouces environ; mais au neuvième mois de la grossesse, la longueur serait de 12 à 14 pouces, la largeur de 9 à 10, et la dimension d'avant en arrière mesurerait 8 à 9 pouces. La superficie en est maintenant estimée à 339 pouces, et la cavité qui avant la conception n'était que de 11/14e de pouce ou à peu près, serait à la fin de la gestation de 480, c'est-à-dire que la cavité aurait à peu près alors 519 fois la dimension primitive, et que la substance de l'organe aurait varié de 4 1/3 à 51 pouces cubiques, dans la proportion de 12 : 1.

II. *Ovaires et trompe de Fallope.*— La conception et le passage de l'ovule laissent l'ovaire et la trompe plus vasculaires qu'à l'état normal. Dans l'ovaire, on trouve le corps jaune et sa cicatrice résultant de la déchirure qui a livré passage à l'ovule.

Si l'on considère l'importance de ces modifications, on n'aura plus le droit de s'étonner qu'il survienne en pareil cas des troubles nombreux dans les fonctions des systèmes nerveux et circulatoire, qu'il se produise plus facilement des phénomènes inflammatoires.

(1) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*. London, 1837, p. 2, 3.

ARTICLE II

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES.

Ces remarquables modifications anatomiques sont nécessairement suivies de modifications physiologiques dans certains organes. C'est en ne perdant pas de vue cette vérité que nous pourrions, jusqu'à un certain point, prévoir les dispositions morbides auxquelles donne lieu la grossesse. Nous devons nous attendre à de nouvelles conditions pathologiques, mais ce n'est pas tout. Denman fait observer qu'il n'y a pas de vérité plus acceptée en médecine que l'influence exercée sur toute l'économie par l'excessive irritabilité de l'utérus. Ashwell (1) ajoute encore que la loi de sympathie est universellement reconnue et que l'utérus en est le principal centre dans l'économie de la femme : nous avons déjà vu que le parfait développement de l'utérus ou l'établissement de cette fonction qui le rend capable de concevoir, est accompagné de phénomènes très-remarquables. Dans la grossesse ces effets ne sont pas moins étonnants. Il n'est pas dans l'être féminin un seul organe, une seule fonction, qui ne soient plus ou moins impressionnés par la conception.

Les effets de cette action réflexe se montrent aussi bien par les troubles de l'état général que par la manière d'être anormale des organes pris en particulier.

I. *État général.* — On dit que l'état de la femme enceinte est un état de pléthore, on prétend qu'elle souffre d'un état fébrile, et, pour soutenir cette hypothèse, on se fonde sur l'accroissement de l'action circulatoire, sur l'augmentation du liquide sanguin dû à la suppression des règles (2), sur la présence de la couenne sur le sang tiré pendant la grossesse en dehors de toute complication inflammatoire (Denman (3), Burus (4), Rasori (5), Maunsell (6) et autres). Enfin on ajoute à ces signes la plus grande fréquence du pouls chez les femmes enceintes (7). Quelques-uns de ces phénomènes sont d'une constatation douteuse, d'autres peuvent être exacts; mais les observations sont trop nombreuses pour être parfaitement satisfaisantes, d'autres peuvent être vraies; enfin, une troisième série peut être constituée par des faits parfaitement établis. Mais, quelque hasardé qu'il puisse paraître d'établir sur de pareils faits des vues pratiques, on peut cependant en apprécier la valeur en considérant les prédispositions mor-

(1) Ashwell, *A practical treatise on parturition.* London, 1828, p. 161.
(2) Davis, *Obstetric medicine*, 2e partie, p. 858.
(3) Denman, *Introduction to midwifery*, p. 220.
(4) Burns, *The principles of midwifery*, 10e édit. London, 1843, p. 246.
(5) Rasori, *Teoria della flogosi*, p. 39; *Théorie de la phlogose*, trad. de l'italien par Sirus Pirondi. Paris, 1839.
(6) Maunsell, *Report of Wellesley Dispensary* (*Edenburgh med. and surg. Journal*, n° 117).
(7) Montgomery, *Sings and symptoms of pregnancy*, p. 29.

bides qu'entraîne la grossesse. Après avoir indiqué l'influence exercée par les modifications anatomiques du système utérin et par les sympathies qu'éveille la gravidité de l'utérus, il nous reste à examiner les effets que produisent les mêmes causes sur les organes en particulier, sur l'esprit, et nous aurons complété ce chapitre.

[Les signes de congestion observés pendant la grossesse sont dus le plus souvent à l'état de polyémie séreuse, qui est pour ainsi dire physiologique dans cet état. Andral et Gavarret ont, en effet, prouvé que le sang des femmes enceintes contient moins de globules et plus d'eau que dans l'état normal.

Beau se demande « si cette hydrémie, habituelle dans la grossesse, « n'aurait pas pour but de déterminer dans les tissus un degré de relâche- « ment nécessaire à l'ampliation souvent extrême des parois abdominales « et à celle qui s'effectue dans les parois génitales lors de l'expulsion du « fœtus (1).]

II. *Organes particuliers.* — Les différents organes peuvent être affectés soit mécaniquement, soit par sympathie (irritation réflexe), ou bien ils peuvent être affectés de ces deux manières à la fois. Le rectum, l'urèthre et le col de la vessie sont soumis à une compression assez forte pendant que l'utérus hypertrophié reste dans le bassin; mais ces organes creux peuvent être comprimés sans grands inconvénients, et par conséquent il arrive que souvent nous ne sommes pas consultés, à moins que (par une irritation réflexe) il ne se produise de la diarrhée, de la dyssenterie ou des envies fréquentes et douloureuses d'uriner. Ce dernier inconvénient est des plus fréquents vers le troisième ou le quatrième mois. Souvent, pendant la grossesse, la femme éprouve une sensation de pesanteur, de ténesme, elle ressent une douleur plus ou moins vive dans le dos, le long des cuisses; si alors la femme fait, volontairement ou non, un violent effort expulsif, il peut en résulter une flexion ou une version de l'utérus.

Lorsque l'utérus a dépassé le détroit supérieur, la compression porte sur tous les organes contenus dans la cavité abdominale. L'utérus appuie sur la vessie, en diminue la capacité et donne lieu à des envies fréquentes d'uriner ou même à de l'incontinence d'urine.

Plus tard, quand l'utérus a pris son accroissement complet, il occupe une large place dans la cavité abdominale, il repousse le foie et l'estomac vers le diaphragme; la cavité thoracique se trouve ainsi diminuée, le jeu des poumons est moins complet, et il s'ensuit de la dyspnée à un plus ou moins haut degré. Le passage de la bile dans le duodénum est moins facile, et il peut survenir une légère coloration jaune de la peau, ou bien on voit apparaître des troubles du côté de l'estomac, les digestions sont pénibles; la patiente éprouve un grand malaise (2).

(1) Beau, *Traité expérimental et clinique d'auscultation.* Paris, 1865, p. 472.
(2) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*, p. 6.

1° *Circulation.* — La circulation est plus ou moins troublée vers les extrémités inférieures, d'où la production de varices ou même d'œdème : il peut aussi se montrer, comme conséquence de la compression exercée par l'utérus, une coloration bleuâtre des muqueuses vaginale et vulvaire que d'Outrepont et Jacquemier (1) regardent comme un des signes les plus certains de la grossesse.

Dans beaucoup des cas que j'ai eu l'occasion d'observer, cette coloration était évidemment due à la distension variqueuse des veinules de ces parties.

Parmi les troubles que la grossesse apporte dans la circulation, il faut aussi signaler l'hypertrophie cardiaque, signalée par Larcher. Selon cet auteur, l'hypertrophie porterait surtout sur le ventricule gauche.

[[2° *Respiration.* — Du côté de la respiration, il se produit des modifications qui ont été parfaitement étudiées par Andral et Gavarret. Il résulte de leurs recherches que l'exhalation d'acide carbonique par le poumon augmente pendant la seconde enfance suivant les mêmes lois, chez l'homme et chez la femme. Mais à l'époque de la puberté et au moment où s'établissent les règles cette exhalation s'arrête tout à coup, puis reste stationnaire pendant toute la durée des époques menstruelles. Elle est alors à peu près égale à ce qu'elle était dans l'enfance. Puis lorsque la ménopause survient, l'exhalation d'acide carbonique augmente notablement pour décroître ensuite de la même manière que chez l'homme, à mesure que la femme avance en âge.

Chez l'homme au contraire, l'exhalation va sans cesse augmentant jusqu'à trente ans, puis elle décroît au fur et à mesure que l'homme avance en âge.

Pendant toute la durée de la grossesse, le chiffre d'acide carbonique exhalé est sensiblement le même que celui qu'on observe chez les femmes au moment de la ménopause (2)]].

3° *Abdomen.* — Quelquefois la peau de l'abdomen est douloureusement tendue, soit à cause d'un défaut d'élasticité, soit à cause du volume excessif de l'utérus ou de la masse intestinale distendue par des gaz. D'autre part, après de nombreux accouchements, le relâchement des parois abdominales permet à l'utérus de s'incliner en avant.

La somme des irritations réflexes éveillées dans les autres organes est en général proportionnelle aux modifications survenues dans l'organe qui les provoque.

Dans le cas présent, la différence existe dans la vacuité ou la plénitude de l'utérus. Ces conditions spéciales sont encore modifiées par le tempérament de l'individu.

4° *Estomac.* — Tout à fait au début, on voit se produire une irritation

(1) Jacquemier, *Manuel des accouchements.* Paris, 1846.

(2) Andral et Gavarret, *Recherches sur la quantité d'acide carbonique exhalé par les poumons dans l'espèce humaine* (*Annales de chimie et de physique*, 3e série, t. VIII).

réflexe, spéciale sur l'estomac, d'où les malaises du matin (*morning sickness*), comme les appellent les Anglais, dont la durée est assez limitée. Cependant ceux-ci peuvent durer quelque temps, se montrer à un autre moment du jour ou de la nuit, ou même ils peuvent survenir à une période plus avancée de la grossesse. Mais on verra que si ce premier symptôme de la grossesse est modifié dans son apparition et sa marche habituelles, il est suivi d'autres anomalies et d'autres malaises, c'est là un des phénomènes réflexes les plus marqués de la grossesse, et qui ne peut être expliqué d'une manière satisfaisante que par la théorie de Marshall-Hall. Nous pouvons attribuer à une action réflexe analogue, en même temps qu'à un certain degré de compression, la constipation ou la diarrhée qui survient dans les derniers mois de la gestation.

5° *Urine.* — Il se produit un changement bien remarquable dans les urines, pendant la grossesse. Elle contient un principe qui a été bien décrit et étudié par Nauche (1) le premier; on lui a donné, depuis, le nom de *kyestéine.*

Nauche supposait que c'était le caséum du lait sécrété pendant la grossesse. Cette opinion n'est plus qu'une simple hypothèse. L'urine, il est vrai, présente un aspect louche, laiteux, où l'on voit à sa surface une fine pellicule blanchâtre dont la coloration varie suivant la coloration plus ou moins foncée de l'urine. Éguisier nous a donné le résultat de ses observations : « L'urine d'une femme enceinte, examinée le matin, est généralement d'une couleur jaune pâle légèrement laiteuse ; d'abord elle rougit, puis ramène au bleu le papier de tournesol » comme l'urine ordinaire. Exposée au contact de l'air, dès le premier jour elle offre un nuage ressemblant à de la laine fine; dès le premier jour aussi il se dépose une matière blanche et floconneuse. Ces phénomènes, toutefois, ne sont pas constants. Du second au sixième jour, on voit s'élever du fond vers la surface, de petits corps opaques qui se rassemblent pour former une couche mince qui recouvre la surface du liquide, c'est la kyestéine. Cette couche est assez consistante pour être séparée du liquide ; elle est blanchâtre, opaline, légèrement granuleuse, et ressemble grossièrement à la couche de graisse qui surnage sur du bouillon froid. Examinée au microscope, cette matière apparaît comme une masse gélatineuse n'offrant pas de structure déterminée; si on la conserve quelque temps, on peut y rencontrer de petits cristaux cubiques. Éguisier (2) n'a pas trouvé de trace d'animalcules. La kyestéine persiste ainsi pendant trois ou quatre jours ; alors l'urine devient trouble, de petites portions se détachent, se précipitent au fond du liquide jusqu'à ce que la couche en soit complétement détruite. La kyestéine paraît exister depuis le premier mois jusqu'à la délivrance. « Nous

(1) Nauche, *Des maladies propres aux femmes.* Paris, 1829.

(2) Éguisier, *Lancette française*, février 1839, p. 36 ; *Du diagnostic de la grossesse par l'examen des urines.* Paris, 1842.

l'avons trouvée après vingt-quatre heures, rarement après le soixantième jour. » Montgomery, d'après ses observations, dit : « Dans quelques cas, on ne pouvait être sûr de la présence de ce dépôt à cause de la couleur foncée des urines qui étaient en même temps troubles ; mais lorsque le liquide était limpide, et que la grossesse existait, ce dépôt se rencontrait constamment ; on en donnerait une meilleure idée en disant que dans ces conditions il semblerait que dans l'urine on eût versé une petite quantité de lait dont une portion se serait précipitée et l'autre aurait surnagé sous forme d'un nuage léger (1) semi-transparent. » E. K. Kane (de Philadelphie) est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La présence de la kyestéine n'est pas spéciale à la grossesse ; que cette substance est constatée chaque fois que des éléments lactés sont sécrétés.

2° Quelquefois cette matière est incomplétement formée, simulée, par de petites pellicules ; mais toutes les fois qu'elle existe, quelle qu'en soit la quantité, elle peut être parfaitement distinguée.

3° Toutes les fois que la grossesse est admissible, la présence d'une petite pellicule de kyestéine est un des signes les moins équivoques de la conception.

4° Si l'on ne trouve pas la kyestéine à une période avancée d'une grossesse supposée, les probabilités sont (si du reste la femme est bien portante) que le diagnostic est erroné, et cela dans la proportion de 81 à 4 (2).

[Les recherches de Golding Bird et de Beale (3) conduisent à cette conclusion qu'il ne faut attacher aucune importance à la présence ou à l'absence de la pellicule constituant la kyestéine pour établir le diagnostic de la grossesse. Celle-ci peut manquer dans l'état de gestation et elle peut se rencontrer chez la femme non enceinte et même chez l'homme.]

6° *Seins.* — Je n'entrerai pas dans de longs détails sur la sympathie qui existe entre l'utérus et les seins après la conception. Je me suis étendu ailleurs sur ce sujet (4). Je ferai seulement observer que c'est là un phénomène invariable et qui peut quelquefois prendre de telles proportions que le médecin doit intervenir.

7° *Système nerveux.* — Un aussi remarquable développement d'organisation nerveuse locale doit nécessairement entraîner une excitation dans la force nerveuse de tout système. Il en résultera pour la patiente une prédisposition spéciale aux troubles nerveux. Celle-ci est surtout sensible aux impressions extérieures, elle est plus éprouvée par les émotions morales. Un exemple frappant de ce fait a été communiqué à Percy par

(1) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy.* London, 1857, p. 157.
(2) Kane, *American Journal of medical Sciences*, 8 novembre, new series.
(3) Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires*, trad. franc. Paris, 1865, p. 334.
(4) Fletwood Churchill, *On the theory and practice of midwifery*, 4e édition. Dublin

Schmid et Mesnard, qui dirigeaient l'hôpital militaire à Landau quand l'arsenal fit explosion en 1793. Cet auteur raconte (1) que « sur 92 enfants nés quelques mois après l'explosion, il y en eut 8 qui tombèrent dans une sorte de crétinisme et qui en moururent avant l'âge de cinq ans; que 33 vécurent languissants jusqu'à huit ou dix mois; que 16 périrent en naissant, et que 2 vinrent au monde avec de nombreuses fractures des os longs. »

Ce sujet (je veux dire la connexion sympathique qui existe entre l'état actif de l'utérus et des ovaires et l'état mental) mérite de nous arrêter un peu plus longtemps. Je signale tout d'abord le développement soudain qui se produit dans l'être mental et moral au moment de la puberté, et que chacun peut constater. De cette augmentation de la susceptibilité du système nerveux, de cette sensibilité morale à un excès morbide dans la même direction, le pas est facile à franchir (2), et cette condition spéciale est entretenue par la menstruation (3); elle est augmentée à chaque période cataméniale (4), ou même elle peut dégénérer en vésanie par une suppression brusque des règles (5). J'ai rencontré plusieurs exemples de ces faits, et les auteurs que j'ai consultés ne les regardent pas comme rares (6). Cette espèce de solidarité qui existe entre l'état mental et les fonctions utérines est encore bien plus évidente dans le nouveau développement que la grossesse imprime à l'économie de la femme. La sensibilité éveillée par la puberté se développe encore notablement et devient même quelquefois la cause de certains troubles. Les modifications organiques apportées dans l'état local sont accompagnées, comme je l'ai déjà dit, par une irritation nerveuse générale qui se révèle à différents degrés et de façons très-diverses. Peu de femmes sont parfaitement maîtresses d'elles-mêmes, ou d'humeur égale pendant la grossesse. De petites choses les ennuient, des misères les dépriment, ou bien elles sont exaltées et montrent toutes les légèretés d'un caractère capricieux qui ne leur est pas habituel. Souvent les natures les plus douces deviennent irritables, acariâtres et querelleuses. Un de mes clients me rapportait que sa femme, qui ordinairement avait le meilleur caractère, et qui lui était extrêmement attachée, devenait irritable et le querellait constamment, et de préférence à tout autre, aussitôt qu'elle commençait une grossesse : c'était pour lui un signe auquel il ne se trompait pas. Montgomery raconte le fait d'une dame qui pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse devenait si irri-

(1) Percy, *Dictionnaire des sciences médicales*, article DÉTONATION, t. IX, p. 11. Paris, 1814.

(2) Laycock, *Treatise on the nervous diseases of women*. London, 1840, p. 551.

(3) Haslam, *Observations on madness and melancholy*. London, 1809, p. 215, 232.

(4) Spurzheim, *Observations on the deranged manifestations of the Mind, or Insanity*. London, 1817; *Observations sur la folie*. Paris, 1818, p. 162. — Burrow, *Commentaries on the causes, forms of insanity*: London, 1828, p. 146.

(5) Pritchard, *On Insanity*, p. 18, 19.

(6) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et Considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*. Paris, 1858.

table que, pour employer ses expressions, « elle devenait une véritable plaie de la maison. » Le même auteur rapporte également un fait complétement différent : un monsieur de ma connaissance, dit-il, avait une belle-mère qui avait par tempérament plus de tendance à la brusquerie qu'à la douceur. Lui-même et toute la maison avaient, par expérience, appris à reconnaître chez elle, non sans une certaine joie, le début de ses grossesses, lorsque subitement le soleil et le calme avaient remplacé les nuages et les tempêtes (1).

Lever (2) a observé une dame enceinte de deux mois : jusque-là elle avait été la joie de la maison, elle était gaie ; maintenant, au contraire, elle s'asseyait où elle se trouvait, ne tournant les yeux ni à droite ni à gauche. Elle était un véritable automate vivant. Ses mouvements étaient mécaniques ; elle vivait, il est vrai, mais elle ne paraissait pas exister. Sa figure semblait sculptée dans l'albâtre. Après son accouchement, elle revint à son état normal. Burrows dit que toutes les fois qu'il survient quelque trouble mental pendant la grossesse, il offre bien plutôt dans la forme maniaque ou mélancolique un caractère d'essentialité que dans le délire succédant à l'accouchement. « J'ai vu, dit-il, deux cas où des symptômes hystériques accompagnèrent la grossesse, et les malades devinrent folles aussitôt après l'accouchement (3).

« On comprend facilement que devant les dangers qui accompagnent toujours l'accouchement, et à plus forte raison quand celui-ci a été précédé de souffrances réelles, une femme soit disposée à se laisser déprimer et à voir l'avenir sous des couleurs peu favorables. Chez quelques-unes, cet état mental n'est que passager et se rassérène à mesure que la grossesse avance ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Montgomery fait observer que cet état de l'esprit est souvent accompagné de désordres physiques ou causé par eux. Les fonctions de l'estomac ou de l'intestin sont troublées, la patiente se plaint de maux de tête ou de nausées, la langue est chargée, le pouls est fréquent et la peau prend une teinte bilieuse. Un traitement approprié remédiera généralement aux troubles moraux et physiques.

« Quelquefois cet état paraît dépendre de quelque trouble particulier du cerveau, dont nous pouvons difficilement apprécier la nature, et auquel nous serons souvent impuissants à remédier. Dans un cas que j'ai eu il y a peu de temps à traiter, la femme devint maniaque le sixième jour après ses couches et resta dans cette condition pendant plusieurs mois (4). »

Un fait analogue est rapporté par Haslam (5).

(1) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*. London 1837, p. 18, 19.

(2) Lever, *Guy's Hospital Reports*, 2e série, vol. V, p. 22.

(3) Burrows, *Commentaries on the causes, forms and treatment of insanity*. London, 1828, p. 464.

(4) Montgomery, *On signs and symptoms of pregnancy*. London, 1837, p. 20.

(5) Haslam, *Observations on insanity*. London, 1798; *Observ. on madness, second edition of Obs. on insanity*. London, 1809, p. 235.

Observation I. — J'assistais une dame dans un premier accouchement. Cet événement avait produit sur son esprit une impression profonde, et dès qu'elle fut sûre qu'elle était enceinte, elle se tint pour certaine qu'elle mourrait d'hémorrhagie. Elle arrangea toutes ses affaires en conséquence, de manière à épargner à son mari tout l'embarras et le chagrin qu'elle pouvait. Quand le travail commença, après chaque douleur elle s'écriait : « Voilà l'hémorrhagie. » Les choses se passèrent naturellement ; mais cette idée avait pris sur elle un tel empire que pendant une heure elle délira complétement, puis elle se rétablit.

Ces irrégularités de caractère et ces formes de dépression temporaire sont un acheminement vers des troubles plus sérieux. Chez quelques femmes plus impressionnables, l'esprit sort de son équilibre normal, et elles deviennent partiellement ou complétement aliénées. Esquirol (1) rapporte l'observation d'une jeune femme très-nerveuse qui, à l'occasion de deux grossesses, eut un accès de folie durant chaque fois pendant quinze jours et débutant au moment de la conception. Un certain nombre de femmes étaient entrées à la Salpêtrière pour des accès de folie liées à la grossesse. Montgomery a rapporté les observations suivantes.

Observation II. — Une dame eut des accès de folie à l'occasion de huit grossesses successives.

Observation III. — Une dame, trois fois immédiatement après la conception, devint folle : elle demeura dans cet état pendant quelque temps après l'accouchement ; elle recouvrit alors sa raison jusqu'à ce qu'une nouvelle grossesse vînt lui enlever la raison.

D'autre part, il peut arriver que la grossesse amende momentanément certains troubles de l'esprit. Goubelly raconte le fait d'une dame qui n'était saine d'esprit que durant la gestation. Le cas très-connu de madame Durant était très-analogue à celui-là. J'ai moi-même vu une dame atteinte de mélancolie parfaitement confirmée, et qui revenait à l'état normal aussitôt qu'elle devenait enceinte.

Généralement ces accès viennent graduellement, continuent pendant un certain cas, et disparaissent avant ou après l'accouchement, sans faire courir aucun danger à la patiente. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. J'en ai vu un exemple très-remarquable.

Observation IV. — Une dame enceinte, en parfaite santé, s'occupait à quelques soins du ménage, tout en causant avec son mari et sa sœur, lorsque tout à coup, sans motif, elle les quitta, se dirigea vers sa chambre à coucher et se tua. Evidemment c'était là un cas de folie soudaine, car jusqu'à ce moment elle avait été parfaitement heureuse et elle était très-attachée à son mari ; mais il y avait des antécédents de folie dans sa famille.

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*. Paris, 1838, t. I.

Les différents auteurs ont remarqué que toutes les femmes sujettes à quelque désordre psychique pendant leur grossesse étaient plus que d'autres exposées à la manie puerpérale.

Ces accidents acquièrent encore une gravité beaucoup plus grande en ce qu'il paraît établi que le mal n'est pas limité seulement à la mère, qu'il peut frapper l'enfant, de même qu'on voit les maladies organiques se transmettre par hérédité.

Je n'ai pas besoin de dire que nous sommes bien ignorants sur la cause prochaine de ces attaques. Nous pouvons dire avec Pritchard (1) « que les changements, les modifications dans le cours du sang, exigées par les modifications de tout l'être féminin, peuvent bien expliquer cette susceptibilité morbide du cerveau pendant la grossesse. » En d'autres termes, le cerveau et le système nerveux peuvent, comme les autres organes, être exposés aux irritations réflexes partant du système utérin.

Chez un certain nombre de femmes enceintes, il peut y avoir, en dehors des causes physiques communes à toutes, des causes spéciales psychiques qui les prédisposent aux vésanies. Ainsi, les mauvais traitements d'un mari cruel, ou mieux encore, les cris d'une conscience accusatrice. Tout le monde, je crois, partagera l'opinion de Montgomery (2) dans la description suivante :

« Combien doit être déplorable l'état d'esprit d'une femme qui, séduite par un misérable, puis abandonnée, doit en venir à considérer sa grossesse comme un malheur au lieu de s'en réjouir, et qui, en outre, doit lutter contre un espoir trompé, une affection déplacée, endurer le mépris et la honte, et ne peut trouver aucun soulagement à sa grande affliction ! Combien de fois de telles conditions ont elles amené des convulsions, combien de fois se sont-elles terminées par la folie, que de fois aussi ont-elles armé d'un glaive suicide la main de celle qui, pour nous servir des expressions de W. Hunter, « aurait pu être une digne et fidèle compagne, une mère heureuse et honorée à travers une longue et bonne vie ; peut-être même ces dernières réflexions ont-elles précipité son dernier pas vers l'éternité ! » Suivant Esquirol (3), les causes morales de folie chez les femmes enceintes ou récemment accouchées sont aux causes physiques dans le rapport de 4 : 1 , et sur 92 observations qui lui sont personnelles, 29 ont trait à des femmes non mariées.

ARTICLE III.

EFFETS DE LA GROSSESSE SUR LES MALADIES DÉJA EXISTANTES.

Après avoir indiqué les principales modifications de l'apppareil utérin pendant la grossesse, et les sympathies nouvelles qu'elles éveillent, je

(1) Pritchard, *On Insanity*, p. 312.
(2) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*, p. 22.
(3) Esquirol, *Des maladies mentales*. Paris, 1838, t. I.

ne puis mieux terminer ce chapitre qu'en indiquant les effets de la grossesse sur les maladies déjà existantes. Le sujet est certainement plein d'intérêt; mais je ne puis, dans un ouvrage de cette nature, lui donner toute l'extension qu'il comporte. « Je pense, dit Montgomery, qu'on peut sans crainte avancer que la grossesse protége la femme contre l'invasion de certaines maladies. » Je crois, suivant l'opinion générale, que lorsque l'économie tout entière est sous l'influence d'une modification générale importante, elle est moins sujette à se laisser envahir par d'autres actions morbides. Ainsi, on a observé que, pendant certaines épidémies, les femmes enceintes étaient moins souvent atteintes par l'influence épidémique que d'autres. D'un autre côté, lorsque des femmes atteintes de certaines maladies venaient à concevoir, l'action morbide paraît enrayée, quelquefois même elle est complétement suspendue, comme on l'a souvent vu pour des phthisiques.

Observation. — Je soignais une femme atteinte d'une tumeur blanche du coude. La maladie avait fait de grands progrès et ne paraissait en aucune façon modifiée par le traitement, lorsque tout à coup se manifesta une amélioration considérable. Après avoir interrogé ma malade, je pus conclure qu'elle était enceinte d'environ six semaines. A partir de ce moment, l'amélioration augmenta d'une façon graduelle et continue ; à la fin de la grossesse, la guérison était complète et ne s'est pas démentie depuis (1).

[Des autorités considérables ont défendu cette opinion (Cullen, Bordeu, Portal) (2); mais des observations rigoureuses ont amené aujourd'hui les médecins à des conclusions bien différentes. Grisolle a démontré que, loin de suspendre les progrès de la phthisie, la grossesse semble au contraire en précipiter la marche (3). Dubreuil (de Bordeaux) est arrivé au même résulat (4).

La grossesse a également une influence fâcheuse sur la marche de certaines maladies chroniques qui sont aggravées par la compression mécanique résultant du développement de l'utérus. Ainsi la dyspnée, la gêne de la circulation en sont considérablement accrues. Il en est de même dans certaines affections chroniques qui deviennent quelquefois une cause d'avortement et d'accouchement avant terme (5).

On a pensé que la grossesse pouvait avoir une influence heureuse sur les accidents nerveux graves auxquels donnent lieu l'hystérie, l'épilepsie;

(1) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*, p. 25.

(2) Fonssagrives, *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*. Paris, 1866, p. 31.

(3) Grisolle, *De l'influence que la grossesse et la phthisie exercent réciproquement l'une sur l'autre* (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1849-1850, t. XV, p. 10, et *Archives générales de médecine*, janvier 1849, 4e série, t. XXII).

(4) Dubreuil, *Influence de la grossesse et de l'accouchement sur la phthisie pulmonaire* (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1851-1852, t. XVII, p. 14).

(5) Jacquemier, *Manuel des accouchements*. Paris, 1846, t. 1, p. 495.

mais ces présomptions ne se sont pas réalisées. Quelquefois, il est vrai, on a vu les accès diminuer ou disparaître pendant la gestation pour reparaître de nouveau après l'accouchement. Il faut aussi mettre en ligne de compte les faits où ces accidents ont paru débuter avec les premiers signes de la grossesse. En somme, la grossesse, dans la plupart de ces cas, est plutôt nuisible qu'utile (1).]

Nauche (2) a donné un chapitre excellent concernant les effets de la grossesse sur les maladies aiguës et chroniques, et réciproquement. « La grossesse, dit-il, accroît en général toutes les maladies aiguës, principalement lorsqu'elles ont leur siége dans l'utérus. Elle peut devenir un moyen de guérison de l'hémoptysie, du saignement de nez et des hémorrhagies dont le siége est éloigné de l'utérus..... La grossesse produit des effets moins marqués dans les affections chroniques. Celles qui ne sont pas voisines de l'utérus sont cependant ralenties dans leur marche : ainsi, l'on voit des engorgements au sein qui auraient pu se convertir en squirrhes et en cancers se dissiper entièrement.... L'expérience a appris qu'il en résulte momentanément de bons effets dans la phthisie, à raison de l'espèce de dérivation que la grossesse occasionne..... Si l'on en excepte les spasmes et la descente, elle ne produit que de mauvais effets dans les maladies chroniques de l'utérus, à raison de l'abord des liquides qu'elle y détermine. »

CHAPITRE II

SOINS A DONNER A LA FEMME ENCEINTE

Il n'arrive pas souvent que dans les cas ordinaires et simples le médecin soit appelé à donner des soins à la femme enceinte. Cependant il est nécessaire que tout médecin puisse diriger convenablement une femme dans ces conditions, ne fût-ce que, parce que, d'après ces conseils, les femmes acquerront des notions plus complètes et plus saines sur la conduite qu'elles ont à tenir. Les règles, en pareil cas, ne sont ni nombreuses ni compliquées ; elles ne sont que de simples déductions tirées des modifications amenées par la grossesse, et vérifiées par l'expérience.

Il y a plus à faire pour prévenir les causes de troubles, en pareil cas, que pour remédier à leurs effets.

(1) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 6e édition. Paris, 1862, p. 368.
(2) Nauche, *Des maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, t. II, p. 690.

ARTICLE PREMIER.

SYMPATHIES GÉNÉRALES

Nous avons vu que la grossesse est un état physiologique, que c'est une modification générale et non une maladie, que certaines sympathies sont excitées normalement et presque nécessairement, d'où la conclusion que dans tout traitement on ne devra pas chercher à les suspendre complétement ou à les anéantir. Burns (1) dit : «Comme celles-ci procèdent de l'état de l'utérus, il s'ensuit que lorsqu'elles existent à un degré modéré, elles n'exigent aucun traitement, car leur suspension impliquerait un arrêt dans la grossesse qui les a causées. Mais si leurs effets sont portés à ce point qu'ils deviennent pénibles, nous pouvons le palliers, mais non les détruire. »

C'est ce que nous faisons en diminuant la pléthore, ou en modérant la surexcitation nerveuse locale ou générale par la saignée, en calmant l'irritabilité du système tout entier par l'usage régulier de laxatifs qui remédient à cet état particulier du tube intestinal qui dispose tant à l'agitation et à l'excitation nerveuse. Si ces moyens ne suffisent pas, un julep camphré ou musqué rendra grand service. En outre, nous devons diminuer l'état fébrile lorsqu'il survient, en réglant l'alimentation et en administrant des remèdes appropriés.

I. *Saignée.* — La nécessité de tirer du sang à une femme enceinte ne doit plus, je le pense, faire un doute dans l'esprit de praticiens habiles lorsque les symptômes l'exigent ; mais la pratique, qui consiste à saigner une femme uniquement parce qu'elle est enceinte, est aujourd'hui complétement abandonnée. La saignée peut nuire à certaines femmes, à d'autres elle peut être inutile, et elle ne sera d'un secours réel qu'à celles dont l'état l'indique formellement.

[[La saignée est rejetée aujourd'hui par la plupart des médecins, car il paraît bien démontré que les signes de congestion observés pendant la grossesse sont dus le plus souvent non à une pléthore vraie, mais à l'anémie qui est la règle. «Cela suffit, dit M. Joulin, pour faire rejeter d'une manière absolue les saignées, dites de précaution chez les femmes enceintes.

«Si l'état de la femme, semblait rendre nécessaire une action directe sur la circulation, les purgatifs remplissent parfaitement le but qu'on se propose avec infiniment moins d'inconvénients, car ils agissent aux dépens du sérum, sans modifier le nombre des globules dont le chiffre est abaissé (2). »]]

II. *Purgatifs.* — Beaucoup d'auteurs s'opposent complétement à l'usage

(1) John Burns, *The Principles of midwifery*, 10e édition, London, 1854, p. 260.
(2) Joulin, *Traité complet d'accouchements*, 1867, p. 618.

des purgatifs, d'autres les emploient systématiquement; mais, à mon sens, ni les uns ni les autres ne sont dans le vrai; il faut éviter de tomber dans les extrêmes. Les entrailles doivent être libres et régulières dans leurs fonctions; s'il y a de la constipation, on aura recours à des laxatifs, et les plus doux seront les meilleurs. Au besoin, une dose d'huile de ricin, ou de petites doses répétées d'électuaire de soufre et de séné, surtout s'il existe des hémorrhoïdes, ou encore, des purgatifs salins aromatisés et en petites quantités suffiront pour atteindre le but. La patiente pourra user de lavements à l'eau tiède avec ou sans addition d'huile de ricin, une ou deux fois par jour, quand l'estomac est irritable ou s'il régnait quelque épidémie de dyssenterie. On a fait, et je crois avec raison, de graves objections à l'emploi d'émétiques pendant la grossesse, à moins que ce genre de médicaments ne soit formellement indiqué. Si la patiente a fait quelque écart de régime, la nature elle-même nous indique le remède, et je crois que l'usage d'un émétique doux lui rendra grand service. Si la femme enceinte peut prendre de l'exercice, on peut lui permettre sans inconvénient l'usage du vin ou de la bière à ses repas.

III. *Alimentation.* — Quelques femmes éprouvent pendant la nuit ou dès le matin des fringales auxquelles il faut satisfaire soit au moyen d'un biscuit, d'un peu de lait ou de café. Même lorsque le mal de cœur du matin est très-marqué, ces aliments seront gardés, et la femme en éprouvera du soulagement. Outre les aliments farineux ou animaux, on permettra un peu de légumes et de fruits en ayant soin d'éviter ceux qui paraissent être mal supportés.

IV. *Habillement.* — Quant à l'habillement, les sensations et les convenances de la patiente lui apprendront à choisir celui qui lui est le plus commode, à moins qu'elle ne compte au nombre de celles qui sacrifient tout à la mode. Les vêtements doivent être chauds et peu serrés, offrant partout un soutien suffisant, mais ne comprimant en aucun point plus qu'en un autre (1). La mise en pratique bien entendue de ces moyens empêchera dans bien des cas l'exagération des malaises auxquels donne lieu la grossesse.

ARTICLE II.

IRRITATION RÉFLEXE LOCALISÉE

Qu'il nous soit maintenant permis de dire quelques mots au sujet des meilleurs remèdes à opposer aux phénomènes d'irritation réflexe localisée.

I. *Opium.* — Si la femme éprouve des douleurs, est en proie à l'insom-

(1) Le mot *enceinte*, par lequel ils désignent une femme grosse, veut dire *sans ceinture*, selon son sens originaire. (Gardien, *Traité d'accouchements.* Paris, 1823, Vol. II, p. 15.)

nie, nous pouvons donner de l'opium sans crainte; mais, d'un autre côté, nous devons nous rappeler que ce médicament peut troubler l'estomac, dispose à la constipation; par conséquent, nous devons le donner avec certains ménagements et chercher à en contrebalancer les mauvais effets.

II. *Exercice.* — L'exercice en plein air est de la dernière importance pour maintenir la santé de la femme enceinte, et même il lui est nécessaire au point de vue de l'accouchement lui-même. Il est évident que l'exercice doit être réglé par le bon sens du médecin; il serait plus qu'inutile de forcer une femme à faire chaque jour, et quand même, une course obligatoire. Il faut insister pour qu'elle marche, mais elle s'arrêtera avant d'être fatiguée : si elle ne peut marcher qu'à une petite distance, il faudra s'en contenter. Ses propres sensations régleront la mesure de sa course. Quelques femmes ne peuvent marcher qu'avec une peine excessive, il serait cruel d'insister; mais comme chez ces femmes le danger vient d'une pléthore quelquefois très-grande (1), je leur fais diminuer leur alimentation, je proscris toute boisson stimulante, et je conseille l'usage de laxatifs doux. En pareille circonstance, ce traitement m'a toujours réussi. Si la patiente peut supporter le mouvement de la voiture, elle fera de cette manière une promenade chaque jour pendant quelques heures.

III. *Alimentation.* — L'alimentation sera réglée avec le plus grand soin. D'un côté, nous pouvons dans certaines limites obéir aux goûts de la patiente, mais nous devons nous opposer rigoureusement à tous les caprices d'un appétit dépravé. On permettra à des intervalles rapprochés une certaine quantité d'aliments doux et nourrissants.

IV. *Excrétions.* — Les inconvénients de la grossesse dans les premiers temps sont, comme nous l'avons dit, la compression sur le rectum, causant la constipation; sur l'urèthre et le col de la vessie, rendant urgente l'émission de l'urine qui est quelquefois difficilement rendue; de plus, la compression exercée sur le plancher du bassin donne lieu à une sensation de pesanteur ou d'expulsion. Nous nous opposerons aux premiers malaises par de doux laxatifs, qui, en maintenant la régularité des fonctions intestinales, empêcheront souvent la production de la diarrhée; contre les derniers inconvénients, on opposera la déplétion régulière de la vessie et l'on conseillera à la femme de ne pas garder la position verticale. Cette recommandation est d'autant plus importante, que nous avons vu cette position aider à la production de déplacements utérins. La femme évitera tout effort violent d'expulsion.

Quand l'utérus s'est élevé au-dessus du pubis, et si l'on constate qu'il comprime quelque organe important, on pourra quelquefois remédier à

(1) [[Nous avons vu précédemment, pages 685 et 696, ce qu'il fallait penser de cette pléthore des femmes enceintes.]]

cet inconvénient en conseillant quelque changement de la position que prend la patiente dans son lit, ou en conseillant la position horizontale prolongée au delà des limites habituelles. Cette dernière précaution donnera au moins un soulagement momentané à certains malaises occasionnés, par exemple, par des varices ou par l'œdème des extrémités inférieures. On remédiera à la flaccidité des parois abdominales par l'usage d'une ceinture ou d'un corset convenablement fait. Dans les premières grossesses, la sensibilité du ventre dépendant d'une distension exagérée, sera soulagée par des embrocations huileuses.

Il sera impossible d'empêcher les irritations réflexes de la grossesse, surtout quand elles seront l'effet de quelque idiosyncrasie. On évitera toute excitation extérieure, et la vie de la patiente devra être réglée d'après son tempérament et ses habitudes.

L'alimentation sera mesurée à l'irritabilité de l'estomac et du canal intestinal, ainsi que toute médication jugée nécessaire dans ces conditions. La constipation et la diarrhée seront combattues par des moyens appropriés ; mais on évitera ceux qui pourraient causer la moindre irritation. Dans les cas où les seins deviennent douloureux, on obtiendra du soulagement au moyen de liniments calmants ou même simplement par des frictions avec de l'huile chaude.

V. *Hygiène morale.* — Pour ce qui est du système nerveux, Montgomery dit que l'excessive impressionnabilité de la femme enceinte nous apprend qu'il faut lui éviter avec soin la vue de toute scène violente ou pitoyable, il faudra lui épargner ainsi la vue des malades, et principalement de ceux qui sont atteints d'affections convulsives ; il faudra éloigner de ses regards l'aspect d'un mourant ou d'un cadavre. Une femme enceinte n'assistera pas à l'accouchement d'une compagne. Ce spectacle effraye les timides, et quelquefois même celles qui traversent elles-mêmes cette épreuve avec le plus grand courage. Elle ne s'exposera pas aux effluves contagieuses, bien que, dit-on, elles soient moins sujettes que d'autres à l'infection ; mais elles peuvent être exposées à avorter ; ou encore, si elles ne contractent pas elles-mêmes la maladie, le fœtus peut n'y pas échapper, comme le fait paraît certain pour la variole, par exemple. On ne devra pas, si la chose est possible, permettre la vue d'objets dégoûtants, car, bien que l'enfant n'ait pas à en souffrir, l'esprit de la mère peut rester péniblement impressionné par la terreur de voir survenir quelque difformité qui en réalité peut exister (1). Pour entrer dans de plus grands détails, j'ajouterai :

1° Nous avons vu que des troubles mentaux peuvent se produire par suite de quelque caprice ou mauvaise tournure de l'esprit, et même aller jusqu'à la folie confirmée. Ces caprices, ces prévisions tristes ne doivent jamais être considérés avec dédain ou indifférence ; la malade doit être

(1) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*, p. 15.

traitée avec douceur et patience, on doit la consoler et relever son courage par les conseils que pourront suggérer l'affection et la religion.

2° Ces encouragements et ces consolations dictés par l'affection sont à peu près les seuls moyens que nous ayons à employer lorsqu'il n'existe aucune altération physique appréciable. S'il y a quelque apparence de fièvre ou de céphalalgie, il faudra aussitôt porter son attention vers le tube intestinal et l'estomac. Il se peut qu'il soit quelquefois utile de recourir à une émission sanguine; mais les cas sont rares.

3° Aux femmes souffrant, même à un léger degré, des troubles que je viens d'indiquer, il faudra éviter toute émotion morale brusque, toute narration d'histoires effrayantes ou tristes, la vue d'objets désagréables ou de scènes tragiques, car, en admettant que la mère n'en souffre pas, il se peut que le fœtus en soit impressionné d'une manière fâcheuse.

4° On devra, à l'insu de la malade, exercer une surveillance active sur tous ces actes, et prendre les mesures nécessaires pour prévenir tout ce qui pourrrait lui nuire ou l'empêcher de se nuire elle-même.

Les observations précédentes s'appliquent surtout à la direction de la femme enceinte dans les conditions ordinaires ou ne s'en écartant que fort peu. J'en excepte pourtant les dernières remarques que j'ai faites à l'endroit des troubles de l'esprit.

Nous allons maintenant traiter de désordres plus sérieux. Les désordres résultants de l'état de grossesse peuvent se diviser en trois classes :

1° Maladies locales de l'appareil sexuel ;

2° Maladies résultant d'irritations réflexes ;

3° Maladies résultant de causes mécaniques.

C'est dans cet ordre que nous allons les étudier.

PREMIÈRE PARTIE

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX

CHAPITRE PREMIER

ŒDÈME DES GRANDES LÈVRES

§ I. — Fréquence.

Cette affection est loin d'être rare chez les femmes enceintes. Elle donne lieu à des inconvénients qui varient en proportion de l'intensité qu'elle acquiert. On rencontre rarement l'œdème des grandes lèvres dans les premiers mois de la grossesse, elle est plus ordinaire du septième au neuvième mois.

§ II. — Causes.

Dans la majorité des cas, l'œdème est dû à la compression des veines. Suivant l'opinion de Davis, il se produit surtout lorsque le bassin est assez large pour permettre à l'utérus de plonger plus ou moins profondément dans sa cavité pendant la dernière période de la gestation.

Dans une autre classe, je rangerai les cas où l'économie paraît prédisposée aux suffusions séreuses; mais alors les résultats sont plus graves que lorsque l'on a affaire à une simple compression (1). Il est inutile de parler ici de ces cas où il existe des maladies de l'utérus qui du reste sont peu fréquentes pendant la grossesse.

§ III. — Symptômes.

La patiente se plaint d'une sensation de plénitude et de tension dans les parties malades; les mouvements sont pénibles ou même douloureux; quelquefois il existe des démangeaisons intolérables. Mauriceau signale des faits où ce symptôme était des plus pénibles (2). Le gonflement est moindre le matin, il est quelquefois excessif vers le soir. Meigs l'a vu

(1) Mauriceau, *Des maladies des femmes grosses*. Paris, 1740, t. I, p. 179. — De la Motte, *Traité des accouchements*. Paris, 1765. — Puzos, *Traité des accouchements*. Paris, 1759, p. 81. — Burns, *The Principles of midwifery*, 10e édit. London, 1843, p. 250. — Siebold, *Handbuch zur Erkenn. und Heil. der Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1821, vol. II, p. 75. — Jœrg, *Handbuch der Kranheiten des Weibes*. Leipzig, 1831, p. 467.

(2) Mauriceau, *Des maladies des femmes grosses*, vol. I, p. 130.

poussé à ce point que la tête du fœtus pouvait à peine franchir la vulve et même que l'accouchement ne se terminait qu'à la condition que le liquide était évacué (1).

Souvent, comme je l'ai déjà dit, cette maladie est accompagnée d'œdème des membres inférieurs. Si l'on examine les grandes lèvres, on les trouvera gonflées, tendues, presque incolores et conservant l'empreinte du doigt à la pression. Généralement il n'existe pas de traces d'inflammation ; d'autres fois, au contraire, le frottement des lèvres l'une contre l'autre donnera lieu à quelques symptômes inflammatoires ; enfin il peut survenir des ulcérations, et Mauriceau rapporte qu'il a vu des lèvres œdématiées prises d'érysipèle qui après l'accouchement se terminait le plus souvent par la mort (2). Quand l'infiltration est simplement due à la compression, il n'existe pas de symptômes généraux, mais il y a un état fébrile plus ou moins marqué aussitôt que le tissu cellulaire s'enflamme ou que l'œdème labial existe en même temps qu'une hydropisie généralisée. Dans la plupart des cas, l'épanchement séreux disparaît aussitôt après l'accouchement.

§ IV. — Diagnostic.

I. *Avec le phegmon des grandes lèvres*, le diagnostic sera facile. Dans le phlegmon, nous trouvons une tumeur dure, circonscrite, très-douloureuse à la pression. Presque toujours elle est limitée à une des grandes lèvres, dont la surface est d'une coloration rouge luisant. Dans l'œdème, la tumeur n'est pas circonscrite, elle est plus molle, exempte de douleur et incolore.

II. On ne confondra pas l'œdème *avec les tumeurs sanguines des grandes lèvres*, et qui se produisent à la suite de la rupture d'un vaisseau sanguin pendant l'accouchement. Dans ce dernier cas, la production est rapide, soudaine, la peau prend une coloration rouge foncé, les dimensions en sont considérables, et enfin il y a des douleurs excessives. Dans l'œdème, au contraire, le gonflement se produit avant l'accouchement, il augmente progressivement. La douleur est à peu près nulle et la coloration est très-pâle.

III. Les *tumeurs enkystées des grandes lèvres* se distingueront facilement de l'œdème, par la diffusion du gonflement, par sa mollesse, et enfin par la coïncidence de l'œdème avec la grossesse.

§ V. — Traitement.

Lorsque l'épanchement est dû à la compression uniquement, qu'il n'est que modéré, un purgatif et la position horizontale en feront ordinaire-

(1) Meigs, *Practice of midwifery*, p. 111. — Voyez aussi Jœrg, *Handbuch der Krankheiten des Weibes*. Leipzig, 1831, p. 467.

(2) Mauriceau, *Des maladies des femmes grosses*, vol. I, p. 181.

ment justice. La malade se trouvera bien de lotions faites deux fois par jour avec du lait coupé tiède et de l'usage de poudre d'amidon sur les parties malades.

Si la distension est considérable, il sera bon de faire quelques ponctions ou même des scarifications sur les parties œdématiées ; cette petite opération paraît exempte de dangers. Smellie (1) rapporte des observations de cas ainsi traités avec succès.

Manning parle favorablement de cette manière d'agir.

On aura recours au même moyen si l'extrême distension de la vulve arrête au passage la tête du fœtus pendant le travail de l'accouchement. Quelquefois on diminuera notablement le gonflement par l'usage des purgatifs et des diurétiques. S'il survenait de l'inflammation entre les surfaces internes des grandes lèvres, les moyens antiphlogistiques agiront efficacement, comme de légers purgatifs, des cataplasmes, des lotions d'eau blanche et de têtes de pavots, des lotions noires (décoction de suie). Quelquefois on se trouvera bien de ponctions faites à d'aide d'une aiguille.

Quand ce gonflement est consécutif à un œdème généralisé, le traitement, on le conçoit, sera celui de l'affection principale, tout en faisant la part des actions mécaniques que nous avons signalées plus haut.

CHAPITRE II

LEUCORRHÉE VAGINALE

Nous avons déjà parlé de l'irritation qui s'étend de l'utérus gravide vers d'autres viscères pelviens, nous ne serons donc pas étonnés de voir que le vagin est souvent affecté dès le début et d'une façon très-marquée.

Cette irritation donne lieu à une hypersécrétion quelquefois très-considérable de la muqueuse vaginale, à de la *leucorrhée vaginale*. Il ne peut s'élever aucun doute quant à l'origine de cet écoulement pendant la grossesse. Le col utérin est obstrué par un bouchon muqueux épais; le liquide ne provient donc pas de là, et la seule surface sécrétante qui reste est la muqueuse vaginale. Nous n'entrerons pas à ce propos dans de longs détails : ce sujet a déjà fait l'objet d'un chapitre spécial dans la première partie de cet ouvrage (page 151).

§ I. — Fréquence.

La leucorrhée vaginale est une conséquence très-fréquente de la grossesse, à ce point même que peu de femmes y échappent; il n'en résulte jamais aucun inconvénient sérieux.

(1) Smellie, *A Treatise on the theory and practice of midwifery*. London, 1779, vol. II, coll. 10, n° 3, C. 3, p. 91.

§ II. — Causes.

La leucorrhée, même pendant la grossesse, peut être due à quelqu'une de ses causes ordinaires; en outre, elle peut être produite par la compression de l'utérus gravide, par l'excitation sécrétoire que détermine la grossesse dans cette région, et par le surcroît d'activité circulatoire qui se produit alors; en même temps le retour du sang veineux est ralenti par la compression qu'exerce la masse utérine. Il se peut aussi que l'état général de la femme enceinte ait une certaine influence sur la production de la leucorrhée pendant la gestation. Davis a établi que cet écoulement est généralement plus marqué avant le moment où l'utérus émerge de la cavité pelvienne.

§ III. — Symptômes.

Quand la leucorrhée est légère, comme cela arrive dans la majorité des cas, à peine donne-t-elle lieu à des symptômes appréciables; mais si elle est très-abondante, elle provoque une grande faiblesse; elle augmente les douleurs lombaires dont les femmes enceintes se plaignent si souvent. J'ai connu des femmes qui devenaient si faibles par l'excès de l'écoulement, qu'elles pouvaient à peine se mettre sur leur séant. Dans quelques cas, à une période peu avancée de la grossesse, les femmes seraient par là menacées d'avortement, tandis que vers les derniers mois cet écoulement faciliterait, au dire de certains auteurs, le travail de l'accouchement en lubréfiant et en relâchant les parties. Quant à la nature de l'écoulement, souvent ce n'est qu'une hypersécrétion de mucus normal, transparent, incolore et sans caractère nuisible.

[D'après Beale (1), dans la leucorrhée il se forme à la surface de la membrane muqueuse un grand nombre de cellules imparfaites d'épithélium vaginal, ainsi que des globules de pus. Les globules de pus peuvent prendre naissance dans des cellules d'épithélium vaginal; mais ce sont surtout les cellules plus jeunes d'épithélium vaginal et les cellules de l'épithélium des follicules de la membrane muqueuse (fig. 232 et 233) qui, se divisant et se subdivisant, donnent enfin naissance à une multitude de cellules granuleuses, sphériques, que nous connaissons sous le nom de *globules de pus*, lesquels eux-mêmes se divisent et se subdivisent rapidement, s'ils ont une quantité suffisante de matière nutritive. Quant à la manière dont le pus dérive de la matière germinale de l'épithélium vaginal, voyez fig. 234, et pour le mode de multiplication des globules de pus, fig. 235 et 236.]

(1) Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires*, traduits par Olivier et Bergeron. Paris, 1865, p. 354,

Quelquefois la consistance est accrue, le liquide est épais, jaunâtre ou verdâtre ; d'autres fois même il est âcre et produit sur la peau des exco-

Fig. 232. — Épithélium du vagin. (Beale.)

Fig. 233. — Épithélium du vagin. (Beale.)

riations. Dans certaines circonstances aussi on observe des caractères inflammatoires très-marqués, le pouls est fréquent et plein, et les parties

Fig. 234. — Formation des globules du pus. (Beale.)

Fig. 235. — Formation des globules du pus (mucus vaginal). (Beale.)

Fig. 236. — Globules de pus en voie de formation. (Beale.)

malades sont brûlantes. Le plus souvent, cependant, les symptômes fébriles manquent complétement.

§ IV. — Traitement.

Il n'est pas toujours facile, ni même désirable, de guérir cette affection rapidement et complétement. Elle peut exister comme dérivatif et prévenir quelque congestion plus sérieuse dans un autre organe plus important. Dans les cas légers, l'inconvénient est si peu de chose que le médecin est rarement consulté : dans les cas plus graves, la persistance de certaines causes spéciales peut rendre nos efforts inutiles jusqu'à ce que l'accouchement soit terminé, et l'écoulement se tarit de lui-même. D'après ces considérations, le meilleur traitement, suivant Dewees, sera l'expectation. Aussi, dit-il, « je conseille de simples lotions trois ou quatre fois par jour avec de l'eau tiède et des injections vaginales pratiquées avec une grande douceur et composées d'eau blanche légère (1 scrupule d'acétate de plomb pour 8 onces d'eau). Avant de faire cette injection, il est bon de laver les parties externes avec de l'eau tiède et du savon, dont

on injectera une petite quantité dans le vagin. Ce n'est qu'après ces préliminaires que l'on se servira de l'injection saturnine. Je crois pour ma part qu'une solution très-légère d'azotate d'argent (0gr,50 à 0gr,60 pour 150 grammes d'eau distillée) est plus efficace. Une décoction d'écorce de chêne, de matico, de thé vert, une solution d'alun, réussissent quelquefois à tarir l'écoulement. Si le pouls est fréquent et plein, si les parties sont brûlantes, il y aura avantage à pratiquer une petite saignée. On veillera à l'état de l'estomac et des intestins. Chez les femmes de constitution débile, les toniques seront souvent d'un grand secours.

CHAPITRE III

VÉGÉTATIONS

[[Il n'est pas rare de voir survenir chez la femme enceinte au pourtour de l'anus, à l'entrée du vagin, sur les grandes et les petites lèvres, des végétations qui ne diffèrent pas sensiblement de celles que l'on voit survenir en dehors de la gestation chez les femmes atteintes de leucorrhée.

Ces végétations qui surviennent en dehors de toute manifestation syphilitique, paraissent dépendre uniquement de l'écoulement vaginal si fréquent chez la femme enceinte, lequel entretient vers l'orifice du vagin et au pourtour de l'anus un certain degré d'irritation. Ces végétations se développent en général vers le milieu de la gestation et persistent assez souvent après la délivrance.

Ces tumeurs, quand elles sont un peu volumineuses, se reproduisent immédiatement après leur destruction par les caustiques ou par l'instrument tranchant, quand on n'a pas soin d'attendre, pour opérer, que l'accouchement ait eu lieu. Mais l'opération réussit très-bien après cette époque. Quand les tumeurs sont petites, il est le plus souvent inutile d'instituer un traitement, la guérison s'effectuant spontanément après la délivrance.

Néanmoins, il sera bon dans le but de prévenir leur développement, d'entretenir la propreté des parties à l'aide de lavages souvent répétés, et de saupoudrer le pourtour de la vulve avec des poudres absorbantes, telles que la poudre d'amidon, le sous-nitrate de bismuth, soit seuls, soit mélangés à un peu de poudre d'alun.

Nous ne décrirons pas plus longuement ces tumeurs, que nous avons d'ailleurs étudiées précédemment, page 56.]]

CHAPITRE IV

MENSTRUATION PENDANT LA GROSSESSE

Il est bien surprenant, pour ne pas dire presque incroyable, de voir qu'une fonction dépendant d'une influence ovarienne, et appartenant à la muqueuse utérine, s'exécute régulièrement alors que toute la cavité utérine est tapissée par la caduque remplie par l'œuf et que le col utérin est oblitéré par un bouchon muqueux.

Quelque étrange que puisse paraître ce phénomène, les observations en sont trop nombreuses et trop authentiques pour qu'on puisse les récuser. Il n'est pas extrêmement rare d'observer pendant la grossesse un écoulement dont la couleur, la quantité et la périodicité rappellent l'écoulement menstruel. J'ajoute en outre que j'ai eu plusieurs occasions d'observer cette anomalie.

§ I. — Historique.

Les anciens avaient déjà constaté ce fait si l'on en juge par l'aphorisme d'Hippocrate (1) : « Si chez une femme enceinte les règles coulent, il est « impossible que l'enfant se porte bien. » Mais je n'ai pas constaté la vérité de cet aphorisme. On rencontre de nombreuses observations tant dans les auteurs anciens que modernes (2). Quelques femmes n'ont été réglées qu'une ou deux fois après la conception, puis les règles cessaient de se montrer. On trouvera de ces faits dans Mauriceau (3), Puzos (4), Desormeaux (5), Johnson (6), Belloc (7), Van Swieten (8), Frank (9), Chambon (10), Gardien (11), Capuron (12), Rœderer (13), Beck (14), Dewees (15),

(1) Hippocrate, *Aphorismes*, 5e section, Aph. 60, *Œuvres*, trad. par Littré. Paris, 1844, t. IV, p. 555.
(2) Thom. Bartholinus, *De morbis biblicis*. Copenhagne, 1782, p. 61.
(3) Mauriceau, *Maladies des femmes grosses*, vol. I, p. 72, 75.
(4) Puzos, *Traité des accouchements*. Paris, 1759.
(5) Desormeaux, *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, vol. X, p. 394.
(6) Johnson, *System of midwifery*, p. 100.
(7) Belloc, *Cours de médecine légale*. Paris, 1819, 3e édition, p. 61.
(8) Van Swieten, *Commentaries upon Boerhaave' Aphorisms*. Edinburgh, 1776, vol. XIII, p. 379, 489.
(9) Frank, *Comment.*, vol. III, p. 378.
(10) Chambon, *Maladies des femmes*, vol. V, p. 57.
(11) Gardien, *Traité des accouchements*. Paris, 1823, vol. I, p. 489.
(12) Capuron, *La médecine légale relative à l'art des accouchements*. Paris, 1821, p. 63.
(13) Rœderer, *Elementa artis obstetriciæ*. Gottingæ, 1753, p. 46, cap. VII, sec. 146.
(14) Beck, *Elements of med. Jurisprudence*. London, 1825, p. 76.
(15) Dewees, *Compendious system of midwifery*. London, 1825, p. 93.

Blundell (1), Gooch (2), Kennedy (3), Montgomery (4), Siebold (5) et dans les rapports de la Maternité de Berlin (6), etc.

Il y a des cas où la menstruation a duré non-seulement un ou deux mois, mais encore cinq, six mois ou même pendant la grossesse, comme on le voit dans Mauriceau, Dewees, Burton, Heberden (7), Gardien, Velpeau (8), Blundell, etc. J'ai moi-même vu huit ou dix cas de cette anomalie de la menstruation. Dans un cas très-remarquable, cette fonction persista pendant tout le temps de la grossesse et pendant l'allaitement. D'autres fois elle fut suspendue du quatrième au sixième ou septième mois. Mais chaque fois les règles arrivaient régulièrement, le plus souvent en petite quantité. Elles étaient en général moins colorées que de coutume, souvent aussi aucun caractère spécial ne les distinguait de l'écoulement menstruel normal.

Il est un fait encore plus curieux ; c'est le cas où la sécrétion menstruelle apparaît pour la première fois pendant la grossesse. Des observations en ont été relatées par Perfect (9), Reid, Velpeau (10) et d'autres.

Les observations suivantes se rapportent à ce phénomène :

Observation I. — Madame N..., femme d'un constructeur, âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis huit ans, n'avait jamais eu ses règles que pendant ses grossesses. Chaque fois que l'écoulement menstruel apparaissait, on pouvait être certain que cette dame était enceinte. Elle finit par succomber à une hydropisie (11).

Observation II. — Une jeune femme mariée à vingt et un ans. Jusque-là elle n'avait jamais été réglée. Sa santé ne laissait rien à désirer. Après deux années de mariage, elle sembla dépérir, et dans le mois de février elle fut prise de vomissements et de malaises. Le lendemain, ses règles parurent et durèrent pendant quatre jours. Le mois suivant, même apparition, et l'abdomen augmenta de volume. La patiente crut à une grossesse, quoique les règles fissent leur apparition régulière chaque mois. Au terme de la grossesse, elle mit au monde un enfant bien portant. Les lochies eurent leur

(1) Blundell, *Principles and practice of obstetricy*, p. 165.

(2) Gooch, *An account of some of the most important diseases peculiar to women.* London, 1829, p. 202, 203.

(3) Kennedy, *On Signs of pregnancy*, p. 12.

(4) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*, p. 46.

(5) Siebold, *Siebold's Journal*, vol. VI, p. 276; vol. VIII, p. 155.

(6) *Lancet*, 27 janvier 1838.

(7) Heberden, *Commentarii de morborum historia*. Londini, 1802, p. 208.

(8) Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*, 2e édition. Paris, 1835, t. I, p. 125.

(9) Perfect, *Cases in midwifery*. Rochester, 1784, vol. II, p. 71, case 80.

(10) Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*, 2e édition. Paris, 1835, t. I, p. 117, 118.

(11) G. C. Winckler, *Miscellanea curiosa, sive Ephemerides germanicæ*, an III, p. 555.

cours, et les règles ne reparurent plus. Cette note a été écrite six mois après l'accouchement (1).

Quant à James Reid (de Londres), après avoir donné la description d'un cas obstétrical remarquable, il termine ainsi : « Je dois ajouter comme un autre fait curieux se rapportant à ma patiente, que, depuis neuf ans qu'elle est mariée, elle n'a jamais vu paraître ses règles, si ce n'est pendant cette dernière grossesse (2). »

Quelquefois les époques menstruelles ne se sont montrées que pendant la grossesse. C'est ce qu'ont observé Deventer (3), Baudelocque, Dewees, etc.

Baudelocque rapporte qu'il a vu des femmes qui lui ont affirmé qu'elles n'avaient jamais été régulièrement menstruées, si ce n'est pendant leurs grossesses. Leur assertion lui paraissait d'autant plus digne de foi qu'elles ne s'adressaient à lui que pour avoir l'explication de cet étrange phénomène.

Dans l'observation de Dewees, la femme n'avait jamais eu ses règles jusqu'après sa conception. Elles continuèrent à paraître régulièrement jusqu'à la fin de la grossesse. Le même phénomène se reproduisit à une seconde grossesse (4).

Le fait dont je viens de parler me semble maintenant suffisamment établi, d'après les observations d'auteurs aussi compétents, quelque difficile qu'il soit d'en établir la variété. Je dois cependant ajouter que certains auteurs ont soutenu une opinion diamétralement opposée. Denman dit : « La suppression des règles est une des suites infaillibles de la conception ; aussi je n'ai jamais observé une seule femme qui ait continué à être réglée pendant sa grossesse... Je sais toutefois que l'opinion générale n'admet pas cette assertion d'une manière absolue et que des faits contraires ont été signalés par des hommes de science. En pratique, il faut être circonspect, car illusionnés par le récit mensonger des malades, par leur crédulité ou leur vanité, combien d'auteurs ont raconté des histoires non-seulement improbables, mais inutiles et nuisibles. » J'ajoute que cette accusation a été souvent portée contre des écrivains en obstétrique (5). Hamilton, d'Edimbourg (6), tombe en tous points d'accord avec Denman.

On observe dans l'aspect de l'écoulement quelques légères variations : ainsi le plus souvent il présente une coloration un peu moins foncée ; la quantité est quelquefois un peu plus grande que de coutume, mais le plus

(1) *Comment. Bononiensis Instit. scient.*, 1748, vol. I, p. 152.
(2) Reid, *Medical Gazette*, 2 mai 1835, p. 146.
(3) Leventer, *Novum lumen obstetricantium*. Leyde, 1701, cap. xv, p. 54.
(4) Dewees, *A compendious system of midwifery*. London, 1825, p. 97.
(5) Denman, *An Introd. to the practice of midwifery*, 7e édit. p. 148.
(6) Hamilton, *Pract. obs. on midwifery*, p. 76-212.

généralement elle est moindre. Jamais le sang n'est coagulable, jamais il n'est accompagné de caillots. Il ne m'a pas semblé que dans ces cas il y eût danger d'avortement ou d'accouchement prématuré; les symptômes auxquels cet écoulement donne lieu sont moins marqués qu'avant la conception. Il peut y avoir un peu de douleur dans les reins et un sentiment de faiblesse générale, mais jamais au point d'amener une incapacité complète de se mouvoir. Le retour régulier de l'époque menstruelle ne semble pas influer sur le développement du fœtus. Dans presque tous les cas observés, les enfants arrivèrent à terme et dans de bonnes conditions. Elsœsser a donné le relevé de 50 cas qu'il peut être intéressant de résumer ici. Le retour de la menstruation a été observé pendant la grossesse; dans 8 cas, une fois; dans 10, deux fois; dans 12 cas, trois fois; dans 5 cas, quatre fois; dans 6 cas, quatre fois; dans 5 cas, huit fois; dans 2 cas, neuf fois. Dix-huit fois sur vingt-six l'écoulement était moindre que de coutume. La durée de la grossesse a été normale dans 36 cas, elle a été interrompue dans 14. Dans les trois quarts des faits cités, l'enfant avait acquis son développement normal (1).

§ II. — Pathologie.

Les opinions sont très-diverses quant au siége de l'écoulement. Certains auteurs ont supposé que la source en était dans la portion inférieure de la cavité utérine, avant que l'œuf ait acquis le volume nécessaire pour la remplir, ou bien on le fait provenir des vaisseaux du col (Van Swieten) (2), Frank (3), Hoffmann (4) et Desormeaux (5). Suivant Velpeau (6), il vient de la muqueuse vaginale. Je ne puis pas admettre que la première hypothèse tienne devant ce fait que le col est oblitéré par un bouchon gélatineux aussitôt après la conception, et que la caduque tapisse entièrement la cavité utérine qui est le siége de la sécrétion menstruelle. La seconde explication peut être vraie, quoiqu'elle me paraisse attribuer l'écoulement sanguin à une surface trop limitée. Mais il est vrai que dans ce cas il n'est pas inadmissible que la muqueuse vaginale partage avec la muqueuse du col cette espèce de vicariat. Cette dernière opinion de Velpeau acquiert une plus grande importance par l'observation de Charles Johnson, qui, après avoir, chez une femme, enlevé l'utérus tout entier, a vu les règles se montrer de nouveau après l'opération (7).

Quant à la cause pathogénique de cette déviation, il me paraît facile

(1) Elsœsser, *Med. Times and Gazette*, 24 avril 1858.
(2) Van Swieten, *Commentaries*. Edinburgh, 1776, vol. XIII, p. 379, 469.
(3) Frank, *Epist. de morb. human. de metrorrhagia.*
(4) Hoffmann, *Ratio medendi*, vol. IV, chap. IX, p. 625.
(5) Desormeaux, *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, vol. XIV, p. 84, 85.
(6) Velpeau, *Traité de l'art des accouchements*, 2e édition. Paris, 1835, t. I, p. 127.
(7) Johnson, *Dublin Hospital Reports*, vol. III, p. 479.

d'en donner une théorie satisfaisante. Elle est évidemment due à une excitation ovarienne et à l'habitude contractée d'un écoulement périodique qui, dans d'autres circonstances, donne lieu à une menstruation supplémentaire. Il n'est ni plus ni moins facile d'expliquer pourquoi se produit cette hémorrhagie supplémentaire par la muqueuse vaginale que lorsqu'elle se produit par les muqueuses pulmonaire, oculaire, auriculaire, etc., etc.

§ III. — Traitement.

Comme cette anomalie ne provoque que peu de symptômes, il n'y a pas lieu d'intervenir. Pour plus de sécurité, on conseillera à la patiente, pendant la durée de l'époque, de garder autant que possible la position horizontale. Ses vêtements seront aisés, mais pas trop chauds, son alimentation substantielle, mais non excitante, et enfin on écartera d'elle toute espèce de souci.

On a tenté de plusieurs façons d'arrêter cet écoulement. Hippocrate (1) a conseillé l'application de ventouses sur les seins. Je n'ai pas autorité pour établir si ce moyen, dans ce cas, est aussi efficace que dans certains cas d'aménorrhée. Mauriceau et d'autres préconisent la saignée du bras. Pour ma part, et en cela je crois être de l'avis le plus général, il me semble que rien ne vaut l'expectation.

CHAPITRE V

ÉCOULEMENT DE LIQUIDE AQUEUX PAR LE VAGIN

[[HYDRORRHÉE.]]

Les femmes enceintes sont quelquefois exposées à un écoulement de liquide aqueux par le vagin. Cet écoulement est tout à fait différent de la leucorrhée que nous venons de décrire. Cet accident peut survenir une, deux et même trois fois pendant la grossesse; il peut continuer chaque fois pendant une semaine ou deux, ou même persister pendant plusieurs mois.

§ I. — Symptômes.

La quantité varie beaucoup, depuis plusieurs onces jusqu'à quelques pintes par jour. Le liquide est toujours incolore, transparent et non irritant. L'examen du vagin ne fournit aucun renseignement, car on ne peut

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes. Aphorismes*, 5e sect., Aph. 50, trad. Littré, t. IV, p. 179.

découvrir dans les parties aucune altération morbide. Il faut ajouter que dans la majorité des circonstances le volume de l'abdomen ne paraît pas diminuer après cet écoulement. Les seuls symptômes observés sont une excessive faiblesse et un peu de douleur dans les reins. Davis regarde cet accident comme très-dangereux. « L'écoulement continu et lent d'une certaine quantité de liquide aqueux ressemblant au liquide amniotique, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois avant le début du travail, est le plus souvent dangereux et constitue fréquemment une affection fatale de la femme enceinte (1). » Cette opinion ne s'accorde pas toutefois avec celle d'autres autorités qui le plus souvent ne considèrent pas cette affection comme offrant un caractère grave.

[[L'écoulement de liquide survient en général dans les derniers mois de la grossesse, sous l'influence d'une chute, de fatigues ou d'une contraction sourde de l'utérus. D'autres fois l'écoulement se produit tout à coup sans être accompagné d'aucun malaise ni d'aucune douleur.

Le liquide qui s'écoule est en général citrin, quelquefois coloré en rouge par une petite quantité de sang, il empèse le linge et présente une odeur spermatique assez prononcée.

Cet écoulement peut ainsi se reproduire à plusieurs reprises.

Cet écoulement ne présente pas en général de gravité, bien que cependant il faille toujours redouter un accouchement prématuré.]]

§ II. — Pathologie.

On a proposé plusieurs théories pour expliquer l'origine de cet écoulement. Les uns ont admis que c'était une hypersécrétion des glandes cervicales de l'utérus. D'autres ont supposé que ce liquide provenait de la cavité de l'amnios ou n'était autre chose que le liquide du chorion (2). On peut objecter à la première hypothèse que toutes les sécrétions que nous savons provenir des glandes cervicales sont opaques et colorées, ou si elles sont transparentes, elles offrent une consistance beaucoup plus épaisse que celle de l'eau; mais, d'un autre côté, nous avons la preuve par ce qui se passe pendant le travail, qu'il peut s'écouler momentanément une excessive quantité de mucus ténu et transparent. Quant à la seconde théorie, elle peut certainement être vraie dans quelques circonstances, car il est évident que quelquefois bien avant le début du travail un peu de liquide amniotique ou le liquide contenu entre le chorion et l'amnios peuvent s'échapper de leurs cavités respectives.

[[La plupart des auteurs modernes en sont revenus aujourd'hui à l'opinion de Mauriceau qui admettait que le liquide de l'hydrorrhée était contenu entre l'œuf et la paroi utérine. Cette opinion qui est adoptée par Nœgelé, Cazeaux, P. Dubois consiste à regarder le liquide ainsi évacué,

(1) Davis, *Obstetric medicine*, vol. I', p. 901.
(2) Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 371.

comme un produit de sécrétion de la face interne de l'utérus, qui s'est accumulé entre cet organe et l'œuf décollé en quelque endroit, et qui s'échappe à l'extérieur, quand le décollement des membranes est arrivé jusqu'à l'orifice interne du col.]]

Quelquefois les membranes se rompent, et il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique sans que le travail s'établisse. Burns (de Glascow) dit : « J'ai observé des cas où une frayeur, un exercice violent, avaient été suivis d'un écoulement aqueux considérable et d'une diminution notable de l'abdomen, qui devenait beaucoup plus flasque ; quelquefois des douleurs irrégulières survenaient, et cependant la grossesse continuait jusqu'à son terme (1). »

Mais ordinairement la grossesse n'arrive pas à terme après que le liquide amniotique s'est échappé. Le travail peut débuter une ou deux semaines après, ou bien il ne s'établit qu'après un mois entier. Chez une de mes clientes, cependant, une certaine quantité d'eau s'écoulait chaque jour, l'accouchement paraissait imminent, et il ne se termina que trois mois plus tard.

Dans le cas où l'utérus est distendu par des hydatides, les symptômes peuvent rappeler ceux de la grossesse ; cet écoulement constitue alors un des signes principaux de la maladie.

§ III. — Diagnostic.

Les principales bases sur lesquelles nous devions fonder notre diagnostic s'appuient sur la nature et la quantité de l'écoulement ; son retour plus ou moins fréquent ou son abondance, sur l'effet qu'il produit sur le volume du ventre, sur l'intégrité des membranes, si toutefois il est possible de constater ce dernier signe.

Si l'écoulement est soudain et abondant, accompagné d'un abaissement de l'abdomen, nous pouvons presque à coup sûr affirmer qu'il y a eu rupture de membranes et qu'il s'est échappé du liquide amniotique.

[[Si l'écoulement est moindre et qu'il se fasse lentement et graduellement, que le volume du ventre n'en soit pas modifié, nous devons supposer que le liquide était contenu entre l'œuf et la paroi utérine.]]

§ IV. — Traitement.

Lorsque le liquide provient de l'amnios, il n'y a pas de remède. Nous devons seulement nous attacher à empêcher le travail au moyen des opiacés et d'une alimentation froide et nourrissante. La femme sera tenue avec une excessive propreté et dans des linges bien secs.

[[Si l'écoulement provient d'une poche située entre la face interne de l'utérus et l'œuf décollé quelque part, on devra encore avoir recours au

(1) Burns, *The Principles of midwifery*, 10e édition. London, 1843, p. 255.

repos le plus complet dans la position horizontale, et aux quarts de lavements laudanisés, surtout s'il survient quelques contractions de la matrice ; de plus, on ne permettra à la femme de se lever que quand l'écoulement sera terminé depuis plusieurs jours.]]

CHAPITRE VI

HYDROPISIE DE L'AMNIOS (1)

Bien que d'ordinaire la distension abdominale causée par le développement de l'utérus soit accompagnée de gêne un peu notable, cependant elle n'est pas intolérable, pour peu que la femme observe certains ménagements. Quelquefois, cependant, la quantité du liquide amniotique dépasse la mesure habituelle. Il en résulte alors un grand malaise, comme on peut le voir dans l'observation suivante, due à Duclos (2) :

Observation. — *Hydropisie de l'amnios, qui a nécessité l'accouchement avant terme* (1815). — Madame de S..., âgée d'environ vingt-cinq ans, d'une constitution faible et lymphatique, éprouva à sa cinquième grossesse des incommodités extraordinaires. Vers le milieu du septième mois, elle est prise d'une toux sèche et très-fréquente, qui interrompt son sommeil ; à la suite d'un bain de propreté, la toux devint plus forte et tout empira : fièvre, soif inextinguible, peau sèche, urines rares et briquetées, œdème des extrémités inférieures, visage décoloré, insomnie ; tels sont les symptômes qu'elle présentait. En moins de huit jours le ventre devint plus dur, tendu, douloureux et très-volumineux ; la respiration, gênée et laborieuse, ne permit pas à la malade de garder la position horizontale ; elle était obligée de rester assise sur son lit ou sur une chaise longue, ayant le dos appuyé contre un corps solide : hoquet, palpitations de cœur, vomissements presque continuels, douleurs déchirantes dans les reins, cessation des mouvements de l'enfant, anxiété, défaillances, aphonie. La malade ne se faisait comprendre que par quelques signes. C'est dans ce déplorable état, qui à chaque instant devenait plus alarmant, que j'examinai la malade ; j'eus bientôt reconnu l'extension et l'élévation de la matrice. Cet organe semblait occuper toute la cavité abdominale ; son orifice était tourné en arrière et en haut vers la base de l'os sacrum ; la fluctuation d'un liquide renfermé dans sa cavité était partout manifeste.

Une consultation fut sur-le-champ convoquée : on appela MM. Cabiran,

(1) Bibliographie : Gab. Pelletan, *De l'hydropisie de l'utérus, suivie de réflexions*, par Guillemot (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. V, 1834, p. 32). — Devilliers, *Arch. gén. de méd.*, 1815. — Basset, *De l'hydropisie dans la grossesse*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1858, n° 114.

(2) Duclos, *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, juin 1818, t. VI. p. 222.

Vignérie, Froment et moi; à notre arrivée, le pouls était petit et faible, la figure abattue et grippée, la respiration très-courte et précipitée, et la malade paraissait suffoquée lorsqu'elle changeait de position.

Les consultants reconnurent l'hydropisie de l'amnios et le danger imminent dont madame de S... était menacée. Ils convinrent aussi que le péril était inséparable de l'accouchement provoqué, et néanmoins tous s'accordèrent à dire que c'était le seul parti qui offrît à la malade quelques chances de salut.

La nécessité de l'accouchement fut donc unanimement reconnue; mais les consultants se divisèrent sur le choix des moyens pour provoquer l'accouchement. Comment, en effet, se résoudre à opérer forcément la dilatation de l'orifice utérin, à perforer les membranes et faire évacuer les eaux, lorsque l'orifice utérin situé en arrière et en haut était hors de la portée des doigts? Pour exécuter un tel dessin, il fallait opérer dans les parties une dilatation extraordinaire! Or, la femme était réduite au dernier degré de faiblesse, et les mouvements inséparables de l'opération pouvaient aisément éteindre le souffle de vie qui lui restait. Quant à moi, persuadé que l'extrême plénitude de la matrice, causée par l'accumulation de la sérosité, devait exciter la dilatation de l'orifice utérin, je fus d'avis d'attendre un commencement de travail; hors de là toute entreprise me paraissait imprudente et dangereuse.

La consultation s'ajourna au lendemain matin, et il fut convenu que pendant la nuit qui était près d'arriver, on ranimerait la malade par quelques cuillerées de jus de viande et de bon vin. Notre conseil fut suivi avec la plus grande exactitude, mais la malade rejetait par le vomissement tout ce qu'elle venait de prendre.

Larrey fut appelé à la consultation du lendemain, où l'état de la malade paraissait encore plus désespéré. La question de l'accouchement forcé fut de nouveau discutée, et l'on décida que, dans un état de faiblesse si grand, l'opération était environnée de trop de dangers pour être entreprise. On convint qu'il ne fallait provoquer l'accouchement que lorsque l'orifice utérin arrivé à la portée des doigts présenterait un commencement de dilatation.

Madame de S... reçut les derniers sacrements et trouva dans les secours de la religion les consolations et le courage dont elle avait un si pressant besoin; peu de temps après, elle eut une défaillance qui fit craindre pour ses jours; dès qu'elle fut remise, je l'examinai de nouveau et je trouvai que l'orifice utérin commençait à se dilater. Ayant introduit l'extrémité du doigt indicateur d'une main, je percutai avec l'autre l'abdomen dans ses différentes régions; la fluctuation des eaux était partout sensible aux doigts. Voyant que la malade venait d'éprouver de nouvelles suffocations, je me déterminai à percer tout de suite les membranes et fis évacuer les eaux de l'amnios en quatre reprises, mettant environ un quart d'heure d'intervalle entre chaque évacuation. C'est avec mon doigt introduit dans l'orifice utérin que j'arrêtais et provoquais alternativement l'écoulement des eaux; une nappe qui pressait légèrement le ventre dans tous les sens secondait mon opération. Je recueillis dans un vase environ quatorze litres d'eau, et je ne pus apprécier celle qui s'écoula hors du vase.

Bientôt le vomissement cessa et la respiration devint libre; je laissai repo-

ser la malade pendant cinq heures, et j'employai ce temps à relever ses forces par l'administration fréquente d'un peu de jus de viande et de vin généreux. La toux et les palpitations de cœur disparurent ; mais la matrice frappée d'inertie ne faisant aucun effort, je me décidai à terminer l'accouchement.

Sans changer la situation de la malade, je la fis soutenir par des aides ; ensuite avec ma main droite je dilatai l'orifice utérin, qui était mince et peu résistant. En pénétrant dans la cavité de la matrice, je trouvai d'abord le sommet de la tête et le cordon de l'enfant, situés sur le détroit abdominal. La tête étant petite et placée diagonalement, je vis qu'il me serait plus facile d'opérer l'accouchement par la tête que par les pieds ; en conséquence j'allongeai ma main par-dessus le sommet de la tête et jusque sur le front, qui était en arrière sur le côté droit de l'angle sacro-vertébral ; en même temps j'appliquai le pouce sur le milieu de la région occipitale ; et la tête saisie fut tirée dans la même direction qu'elle avait prise, et engagée diagonalement dans la cavité du petit bassin. Je continuai de l'extraire en lui imprimant la même direction qu'elle prend pour l'ordinaire dans l'accouchement naturel ; l'enfant, appartenant au sexe féminin, sortit en peu de temps, et en vie. Elle était extrêmement petite et faible, avait les membres très-grêles, les paupières fermées et poussait des cris languissants. Tout me fit juger qu'elle n'était pas à terme ; d'après le calcul de la mère, elle serait née à sept mois moins quelques jours.

On confia le nouveau-né à une nourrice qui lui prodigua toutes sortes de soins, et qui parvint à lui faire prendre la mamelle, après l'avoir nourri pendant plusieurs jours avec un mélange de lait et de sucre. Les évacuations qui ont lieu dans les premiers jours de la naissance ne furent point copieuses ; l'enfant resta deux ans avec sa nourrice ; mais, quoique très-vive à cet âge, elle avait à peine le volume d'un enfant à terme, et le travail de la dentition n'était pas commencé.

Dès qu'elle fut sortie du sein maternel, je serrai un peu plus le bandage de corps de la mère, et m'efforçai d'exciter le jeu de la matrice, tantôt par des frictions faites sur le ventre avec de l'eau de Cologne, et tantôt par des titillations que j'exerçais sur l'orifice utérin. Pendant tout ce temps, on donnait fréquemment à l'accouchée une petite quantité de jus de viande et d'excellent vin. Mais aucun de ces moyens, ni les légères tractions du cordon ombilical, ne purent provoquer les contractions utérines. Cependant, madame de S..., très-fatiguée par un travail qui durait depuis six heures, paraissait incapable du léger travail qu'exigeait la deuxième délivrance. Voyant cette impuissance de la nature, je procédai à l'extraction de l'arrière-faix, que j'obtins sans peine. Il ne présenta rien de particulier, si ce n'est une petitesse qui contrastait avec l'ampleur des membranes.

Après avoir appliqué sur le ventre des compresses imbibées d'eau-de-vie, je mis l'accouchée au lit et lui fis prendre un consommé avec un peu de bon vin. Elle goûta, pour la première fois depuis dix jours, les douceurs du sommeil ; quelques heures de repos suffirent pour dissiper totalement le hoquet et les palpitations de cœur. Alors j'ordonnai une cuillerée ordinaire d'oxymel scillitique, à prendre de trois en trois heures, et une tasse de bouillon avec un peu de vin dans les intervalles.

Les lochies furent abondantes et presque séreuses. Le lendemain les urines

coulèrent assez abondamment; la malade éprouva un mieux sensible, la fièvre et la toux disparurent.

Le troisième jour, l'œdème des extrémités avait considérablement diminué; l'ascension du lait s'opéra très-bien et presque sans fièvre.

Le dixième jour après les couches, il n'existait plus d'œdème; les lochies, presque toujours séreuses, coulèrent jusqu'au quinzième jour. A cette époque, je mis pendant quinze jours la malade à l'usage de 15 grains de terre foliée de tartre matin et soir.

L'état de madame de S... s'améliora de plus en plus : elle reprit le sommeil et l'appétit, et fut rétablie dans l'espace de six semaines. Environ deux ans après, cette dame quitta Toulouse; j'ai appris qu'elle était devenue enceinte et qu'elle avait eu des couches naturelles et heureuses.

Cette forme de maladie diffère complétement de celle produite par l'accumulation du liquide entre le chorion et la face interne de l'utérus, et à laquelle je faisais allusion plus haut. Au degré que nous venons de montrer, cette maladie est évidemment rare; mais, à un moindre degré, on l'observe quelquefois. Au reste, les différences de volume qu'on remarque chez la même femme à ses différentes grossesses ne doivent être le plus souvent attribuées qu'à la présence d'une plus ou moins grande quantité de liquide amniotique.

§ I. — Causes.

Il ne peut faire de doute pour personne que la cause prochaine de cette affection gît dans un excès d'activité sécrétoire des vaisseaux de l'amnios; que par conséquent la maladie siége bien plutôt dans l'œuf que dans l'utérus; mais on peut hésiter à dire, malgré l'opinion de Mercier (1), que cette hypersécrétion soit toujours de cause inflammatoire. Elle peut être liée aussi à des maladies du placenta, telles que kystes, tubercules, indurations, hydropisie (2), etc. Il n'est pas non plus absurde d'attribuer cette affection à quelque idiosyncrasie de la femme; la preuve en pourrait être fournie par le retour de la même maladie chez la même femme.

[Outre ces causes, disons, d'une manière générale, que toutes celles qui peuvent apporter un obstacle à la circulation doivent être mises en ligne de compte. Enfin, certaines diathèses au nombre desquelles on a surtout signalé la syphilis, paraissent agir dans ce sens. Nous avons eu l'occasion d'observer dans deux grossesses successives, chez la même femme, une hydropisie de l'amnios. Cette femme présentait au niveau des tibias des gommes syphilitiques ulcérées qui guérirent sous l'influence d'un traitement antisyphilitique.]

(1) Mercier, *Journal gén. de méd.*, vol. XLIII, p. 165; et vol. XLV, p. 256; voyez aussi observ. de M. Devilliers, *Journ. gén. de méd.*, vol. XLII, p. 252, et une autre de M. Desmarais, *Recueil périodique de la Société de santé*, vol. VI, p. 357.

(2) Burns, *The principles of midwifery*, 10e édit. London, 1843.

§ II. — Symptômes.

Dans les cas légers, les principaux symptômes proviennent de la distension mécanique de l'abdomen.

L'utérus est beaucoup plus développé que d'habitude ; il est plus pesant, et il occasionne une grande gêne à la patiente dans la station debout ou pendant la marche (1). Dans certains cas, l'utérus n'est pas seulement plus volumineux, mais son développement excessif a été rapide, brusque, soudain : ce fait doit nous faire soupçonner l'hydropisie de l'amnios. Si la femme en est à la troisième ou quatrième grossesse, et que les téguments de l'abdomen soient flasques, l'utérus s'inclinera en avant, et l'on observera cette forme du ventre à laquelle les Anglais donnent le nom de *pendulous belly*. Cette disposition ajoutera encore aux malaises qu'éprouve la patiente. Souvent la compression exagérée exercée par l'utérus déterminera des troubles du côté de la vessie, de l'estomac ou des intestins. Il semblerait que la distension excessive de l'utérus devrait nécessairement amener de l'œdème vers les extrémités inférieures; mais il n'en est pas toujours ainsi. Les symptômes généraux ne sont pas très-importants, la langue est blanchâtre, l'urine rare, et les digestions sont quelquefois troublées (2).

Dans les cas plus graves, comme dans celui qu'a observé Duclos, ces symptômes sont souvent très-sérieux. Le hoquet, les palpitations, des vomissements incessants, la fièvre, la toux, l'œdème, l'anxiété, les syncopes, etc., mirent la malade à deux doigts de sa perte. Heureusement les cas semblables sont très-rares.

L'enfant ne s'en tire pas toujours aussi bien : il est ou malade, ou très-faible, ou il présente quelque vice de conformation, lorsqu'il atteint son terme ; mais souvent aussi il meurt avant la fin de la grossesse (3). Burns fait observer « que toutes ces causes n'agissent pas uniformément au même degré, mais le fœtus souffre en proportion de leur action. Il naît très-faible et languissant, et on l'élève avec difficulté, ou bien il meurt presque immédiatement, et c'est là ordinairement le cas, lorsque la maladie existe à un certain degré. L'époque de la mort de l'enfant est ordinairement marquée par un frisson et la cessation de tout mouvement dans l'utérus, en même temps que les seins s'affaissent. Ensuite surviennent des douleurs irrégulières avec ou sans écoulement aqueux. Quelquefois la femme éprouve des maux de cœur ou de la fièvre quelques jours avant que le travail commence (4). »

(1) Scarpa, *Journal complémentaire des sciences médicales*, vol. I, p. 91.

(2) Jœrg, *Handbuch der Krankheiten des Weibes*, 3e édit. Leipzig, 1831, p. 497. — Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 368. — C. G. Carus, *Lehrburch der Gynæcologie*, vol. II, p. 238.

(3) Puzos, *Traité d'accouchements*. Paris, 1759, p. 86.

(4) Burns, *The principles of midwifery*, p. 242, trad. franç. par Gaillot, p. 175.

Bunsen (de Francfort-sur-le-Mein) a publié trois observations d'hydropisie de l'amnios; Kyll (de Cologne) (1) a publié l'observation suivante.

Observation I. — « La malade était une dame âgée de vingt-huit ans. Elle vint demander les conseils du docteur Kyll, pour une affection syphilitique contractée d'une fille à qui elle avait demandé de lui tirer les seins après son premier accouchement. Après être restée huit mois sans traitement, elle vint trouver le docteur Kyll qui lui prescrivit le sublimé corrosif avec grand succès. Elle était à peu près guérie lorsqu'elle avorta au troisième mois de sa seconde grossesse. Trois mois plus tard elle était parfaitement rétablie ; elle devint de nouveau enceinte, et elle souffrit beaucoup pendant cette grossesse de varices aux jambes et aux cuisses. La saignée la soulagea notablement. A la fin du sixième mois, sans cause appréciable, le liquide amniotique commença à s'écouler ; deux jours après, le travail de l'accouchement commença; il naquit une fille qui s'agita un peu et mourut presque aussitôt. La sortie de l'enfant fut accompagnée d'une émission excessivement considérable de liquide amniotique. Deux heures après, le placenta, qui était adhérent dans toute son étendue, fut extrait ; le docteur Kyll fut frappé des énormes dimensions qu'il présentait : *la circonférence mesurait environ un grand tiers de plus qu'à l'état normal, et l'épaisseur était double de ce qu'il présente ordinairement.* Il était d'une couleur rouge pâle, d'une structure spongieuse. En le divisant, le tissu en paraissait tout à fait normal, et les vaisseaux sanguins étaient plus larges que de coutume ; il en était de même des artères et de la veine ombilicale, bien que l'enfant fût éloigné de trois mois de son terme. Trois jours après la délivrance, la patiente eut une hémorrhagie utérine, mais elle se rétablit néanmoins. L'énorme volume du ventre du fœtus avait déjà attiré l'attention du docteur Kyll ; mais, après examen, ce médecin constata l'existence d'une grande quantité de liquide jaune paille dans cette cavité et entre les plis de l'épiploon. Le foie était volumineux, occupait presque toute la cavité abdominale et descendait jusque près de le vessie. La substance du foie à la coupe ne présentait aucune trace d'inflammation ni aucune trace de lésions. Les vaisseaux seulement paraissaient augmentés de volume. Cette hypertrophie considérable du foie, dit le docteur Kyll, est due aux dimensions très-considérables du placenta, et par suite à la quantité plus considérable de sang que recevait le foie. L'augmentation du volume du placenta lui paraît due plutôt à de la congestion qu'à de l'inflammation, puisque celle-ci donne lieu le plus souvent à des exsudats ou à l'oblitération des vaisseaux et par conséquent à une diminution dans la nutrition de l'organe qui en amène l'atrophie, et une altération de structure qui le rend quelquefois dur à l'égal du tissu cartilagineux. »

Debenham (2) a rapporté l'observation suivante ; il s'agit d'une grossesse gemellaire.

(1) Kyll, *British and Foreign medical Review*, octobre 1839, p. 564 et 565. — *Neue Zeilschrift für Geburtskunde*, Band VII, Heft 1.

(2) Debenham, *Med. Times and Gazette*, 17 mai 1856.

Observation II. — Dans l'œuf de l'un d'eux, il existait de l'hydropisie, et la quantité du liquide était évaluée à peu près à 8 ou 10 litres. Les deux fœtus étaient morts; mais il n'est pas fait mention du placenta; il y eut une violente hémorrhagie.

Grimshaw a rapporté deux observations où les fœtus étaient morts, et dans lesquelles il survint une hémorrhagie (1).

Un cas très-analogue est relaté par Neale (2). L'enfant était mort, et il y eut une hémorrhagie.

Il est impossible d'expliquer la mort du fœtus. Est-elle due à la compression exercée sur lui, est-elle due aux qualités moins nutritives du liquide amniotique (3), ou bien résulte-t-elle d'une autre cause? Toutes ces questions me paraissent difficiles à résoudre. Dans un cas, j'ai rencontré un fœtus hydrocéphale.

Outre les malaises produits par cette maladie pendant la grossesse, elle ralentit quelquefois les progrès du travail pendant la première période de l'accouchement. L'extrême distension de l'utérus en diminue la contractilité; mais on peut parer à cet inconvénient en rompant les membranes. Souvent, après l'accouchement, il survient une hémorrhagie qui est due à la même cause, c'est-à-dire à l'inertie des fibres utérines.

Les principaux signes diagnostiques de cette affection sont le volume excessif, le développement rapide et presque soudain de l'utérus. La présence de signes certains de grossesse, et dans quelques cas, enfin, la situation de l'enfant et la faiblesse de ses mouvements confirmeront le diagnostic. Pour ces derniers signes, Burns a observé que « dans certains cas l'enfant occupe la partie supérieure de la tumeur, et le liquide la partie inférieure, du moins pendant le travail. Deux fois, chez la même femme, dans des grossesses consécutives, l'enfant était renfermé dans la partie supérieure de l'utérus et embrassé par lui, comme si c'était un kyste, tandis que plusieurs pintes de liquide existaient entre lui et l'orifice de l'utérus. Le liquide s'écoula et remplit plusieurs bassins; alors l'enfant descendit jusqu'à l'orifice, mais il sortit mort-né, avec les cuisses fortement retournées sur l'abdomen et avec d'autres marques de difformité (4). Puzos se fonde sur la faiblesse ou l'absence des mouvements de l'enfant, sur le volume excessif du ventre sans qu'il existe en même temps d'œdème des jambes et des cuisses, et sur le peu de gêne des fonctions respiratoires (5).

(1) Grimshaw. *Med. Times and Gazette*, 2 août 1856.
(2) Neale. *Med. Times and Gazette*, 16 août 1856.
(3) [[On ne considère plus guère aujourd'hui le liquide amniotique comme un élément de nutrition du fœtus.]]
(4) Burns, *Midwifery*, p. 242; trad. franç. par Galliot, p. 175.
(5) Puzos, *Traité des accouchements*. Paris, 1759, p. 89.

§ III. — Diagnostic.

Les signes de la grossesse éloigneront l'idée d'une ascite, si l'on constate la tumeur utérine limitée, le ballottement, les modifications du côté des seins, on ne pourra pas conserver le moindre doute.

§ IV. — Traitement.

Il ne semble pas que cette maladie soit justiciable des moyens médicaux : on a préconisé des moyens variés, moins dans l'espoir d'une cure radicale que dans celui d'atténuer certains symptômes alarmants ou de fortifier l'état général. Si la malade est fébricitante, s'il y a de la douleur du côté de l'utérus, on trouvera de l'avantage à retirer quelques onces de sang par la phlébotomie ou par l'application de ventouses scarifiées sur le sacrum. Les toniques seront conseillés pour améliorer la santé générale. Les diurétiques ne paraissent avoir aucun effet utile. Peut-être y aura-t-il quelquefois avantage à soumettre la malade à une diète sèche. Burns préconise l'usage du bain froid. Si l'on peut soupçonner la syphilis comme cause, il faudra soumettre la malade à l'usage modéré du mercure.

Si la distension est énorme, si le malaise est insupportable, nous serons autorisés à provoquer l'accouchement prématuré, d'autant plus que l'enfant est condamné à une mort certaine si l'on abandonne la malade aux seuls efforts de la nature. Ayant ce moyen à notre disposition, je ne crois pas qu'il soit justifiable, dans aucun cas, d'avoir recours à la paracentèse abdominale, comme le recommandent certains auteurs.

Quant au traitement à suivre dans certains cas où l'extrême distension de l'utérus entrave le travail de l'accouchement, il me paraît bien simple. Il faut, le cas une fois bien reconnu, rompre les membranes et amener l'écoulement graduel du liquide amniotique plutôt que d'en provoquer brusquement l'évacuation complète. Si l'orifice n'est pas souple et dilatable ou dilaté, l'absence de la poche des eaux occasionnera un retard de peu d'importance, il faudra surveiller cependant attentivement le cas et voir si par suite de l'inertie utérine il ne se produit pas quelque hémorrhagie ; si les douleurs font défaut, ou s'il y a menace d'hémorrhagie, on administrera une forte dose d'ergot de seigle à la condition que la présentation soit bonne et que le bassin ne soit pas vicié.

Aussitôt que l'utérus est vidé, et que la malade est rétablie, il faut chercher, si nous ne pouvons pas nous opposer au retour d'un pareil accident ; s'il y a quelque apparence de contamination syphilitique, il ne faut pas hésiter à administrer le mercure. Dans les cas ordinaires, on se

trouvera bien des dérivatifs appliqués au niveau du sacrum, d'injections et de lotions d'eau froide.

Burns (1) croit que si la maladie provient de quelque cause latente, la mère fera bien de nourrir, quoique son enfant soit mort.

CHAPITRE VII

RHUMATISME DE L'UTÉRUS

On n'a que rarement signalé le rhumatisme de l'utérus en Angleterre. Cependant, dès 1686, Walter Charleton en a parlé (2).

Rigby (3) a décrit cette affection comme atteignant les ovaires et l'utérus en vacuité. Isaac Taylor (de New-York) a publié sur ce sujet un mémoire remarquable (4). En France, Alph. Leroy (5) et Chambon (6) paraissent avoir observé le rhumatisme de l'utérus; mais ils n'entrent pas dans de grands détails. En Allemagne, cette affection a été décrite par Wigand (7), Carus (8), Schmidtmuller (9), Jœrg, Velten (10), Haase (11), Betschler (12), Heune (13), Busch (14) et Witcke. En France, Dezeimeris (15) a publié d'excellents travaux sur le rhumatisme de l'utérus, et Cazeaux (16) parle assez complétement de ce sujet. Dans ce chapitre j'ai mis ce travail à contribution.

« Le rhumatisme, dit Wigand, peut atteindre la portion fibreuse de l'utérus aussi bien que les couches musculaires et la tunique séreuse. Il manifeste sa présence par de la douleur, dont l'effet est d'entraver la contractilité de l'organe, par la chaleur, par du gonflement, etc.

(1) Burns, *Midwifery*, 10e édition, London. 1843.

(2) W. Charleton, *Inquisitiones physico-medicæ de causis catameniorum nec non uteri rhumatismo*. Londres, 1686.

(3) Rigby, *Med. Times*, 1844-1845. — *Essay on Dysmenorrhea*.

(4) Taylor, *Amer. Journ. of Med. Sciences*, juillet 1845, p. 45.

(5) Alph. Leroy, *Maladies des femmes*. Paris, 1738.

(6) Chambon, *Traité des maladies des femmes*. Paris, an VII.

(7) Wigand, *Beitrage zur theorischen und pratischen Geburtshülfe*. Hamburg, 1798-1808.

(8) Carus, *Diss. de uteri rhum. Gynœcologie*. Leipzig, 1838, vol. II, p. 232.

(9) Schmidtmüller, *Handbuch der medicin Geburtshülfe*. Frankfurt, 1809, vol. I, lib. I, chap. VII.

(10) Velten, *Rust's Magazine*, 1828, vol. XIV, p. 537.

(11) Haase, *Zeitschrift für Geburtskunde*, vol. IV, p. 435; vol. VII, p. 7.

(12) Betschler, *Annalen der Klinischer anstalten der Universität der Breslau*, etc.

(13) Heune, *Siebold's Journal*, vol. VIII, p. 161.

(14) Busch, *Die Geburtshülfiche Klinik an der Konigl. Friederich-Wilhelms Universitat, zu Berlin*. Berlin, 1837.

(15) Dezeimeris, *l'Expérience*, mai et juin 1839, t. III, p, 144, et t. IV, p. 88 et 385.

(16) Cazeaux, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 6e édition. Paris, 1862, p. 782.

En même temps qu'il y a du rhumatisme de l'utérus, il existe généralement une manifestation générale de la même diathèse ; mais plus souvent l'utérus et ses annexes sont atteints seuls, à cause de l'excessive susceptibilité de cet organe pendant la gestation.

Suivant Radamel, l'utérus non gravide peut être atteint de cette maladie ; mais nous devons l'étudier ici dans ses manifestations du côté de l'utérus pendant la grossesse, mais plus souvent vers la fin, quand l'utérus a acquis tout son développement. Il ne faut pas douter que dans beaucoup de cas où il s'est montré, comme on dit, de fausses douleurs, on n'ait eu affaire à du rhumatisme utérin.

[M. Gautier (de Genève) (1) a constaté que le rhumatisme utérin s'était montré chez 29 de ses malades entre le deuxième mois et le terme de la grossesse dans les proportions suivantes :

2e mois	1 fois.	6e mois	2 fois.
3e mois	3	7e mois	4
4e mois	1	8e mois	5
5e mois	1	9e mois	12].

§ I. — Causes.

Il est probable que la cause principale est le froid agissant sur un organe dont la susceptibilité nerveuse est considérablement accrue.

Selon Cazeaux, « toutes les circonstances propres à favoriser le développement des affections rhumatismales peuvent aussi causer le rhumatisme de l'utérus. Ainsi, l'exposition momentanée ou longtemps prolongée au froid humide, des vêtements insuffisants, la transposition brusque d'une température très-élevée à une température très-basse, et toutes les autres causes constitutionnelles atmosphériques, que tous les auteurs ont considérées comme causes déterminantes ou prédisposantes du rhumatisme, peuvent aussi produire celui de l'utérus. Mais, outre ces conditions générales, il y en a une particulière que nous étudions : c'est la facilité avec laquelle cet organe, sous les téguments amincis de l'abdomen, ressent l'impression du froid dans les derniers mois de la grossesse : le ventre n'est, en effet, garanti, dans le lieu qu'il occupe, que par des vêtements excessivement légers qui s'y appliquent imparfaitement, tandis que la région lombo-sacrée est souvent mal protégée par des camisoles trop courtes. »

Wigand, Göerg et Busch remarquent que la conformation spéciale de la femme enceinte, en éloignant les vêtements du corps, la prédisposent singulièrement à prendre le froid.

(1) V. Gautier, *Du rhumatisme de l'utérus envisagé spécialement pendant la grossesse et l'accouchement*, Genève. 1858.

Cette affection a été observée par Velten (1) pendant une épidémie de rhumatisme.

Elle atteint souvent les femmes sujettes aux coliques néphrétiques. Elle peut coexister avec une attaque de rhumatisme général, quoique l'utérus et ses annexes soient plus souvent frappés seuls.

§ II. — Symptômes.

Si la maladie est légère, la patiente se plaindra de douleurs lancinantes soudaines dans la région utérine, se montrant par paroxysme, avec des intervalles de repos complet. Quelquefois le spasme est limité à une portion de l'organe, d'autres fois il l'occupera tout entier. Si le mal est plus intense, il peut être précédé par de la céphalalgie, du malaise, des vertiges et un état d'irritabilité générale. Tout à coup, sans cause apparente, la femme sera prise dans la région de l'utérus d'une douleur excessivement vive, offrant un caractère spasmodique ; l'utérus se contracte, et pendant toute la durée de la contraction la douleur est tellement intense qu'on pourra aisément la distinguer des véritables douleurs du travail.

Wigand prétend qu'il n'y a pas de dilatation de l'orifice, mais Carus ne partage pas cette opinion, et il croit qu'on peut quelquefois prendre le rhumatisme utérin pour un début de travail. Il n'arrive pas toujours que ces douleurs expulsives imprévues continuent, mais si l'on n'y porte remède, il se peut très-bien qu'il survienne ou un avortement ou un accouchement prématuré.

Quelle que soit la manière dont elle débute, dit Cazeaux, cette maladie a des caractères bien tranchés auxquels il est facile de la reconnaître. Son principal symptôme est la douleur; sans qu'aucune violence ait été exercée sur cet organe il survient un endolorissement général ou partiel de la matrice. Son intensité varie depuis un simple sentiment de pesanteur jusqu'aux tiraillements les plus douloureux. Elle peut occuper l'utérus tout entier ou une de ses parties seulement, telle que le corps, le fond ou le segment inférieur. Lorsque le rhumatisme s'est fixé sur le fond de l'utérus, la douleur se fait sentir particulièrement dans la région sus-ombilicale; elle est augmentée par la pression, par la contraction des parois abdominales, quelquefois même par le simple poids des couvertures; la malade est souvent dans l'impossibilité de faire aucun mouvement. Lorsque le point douloureux est situé plus bas, ce sont des tiraillements qui se propagent depuis les reins vers le bassin, vers les cuisses, les parties générales externes et la région sacrée le long des ligaments de l'utérus; le segment inférieur, enfin ,participe-t-il à l'affection? On en acquiert la certitude par l'exploration vaginale, qui provoque de très-vives souffrances. Mais de toutes les causes qui peuvent exaspérer les douleurs, il n'en est pas de plus puissantes que les mouvements incessants du fœtus.

(1) Velten, *Rust's Magaz. für die gesam. Heilkunde*, 1823, vol. XIV, p. 537.

De même que toutes les douleurs rhumatismales, celles de l'utérus sont mobiles et passent quelquefois brusquement d'un point de l'organe à un autre. Souvent aussi elles cessent brusquement et vont affecter un autre organe.

Cela arrive, surtout quand elles ont été précédées d'une douleur fixée d'abord sur un autre point et qu'on emploie les moyens propres à rappeler l'affection sur la partie primitivement malade.

Elles offrent des exacerbations fréquentes et variables dans leur durée et leur intensité, suivant le degré auquel la maladie est arrivée; parfois elles sont suivies de rémittences pendant lesquelles la malade accuse à peine une vague sensation de pesanteur.

L'irritation n'est pas toujours limitée à l'utérus, mais elle s'étend quelquefois aux organes voisins. La vessie est souvent affectée; la femme est tourmentée par des envies fréquentes d'uriner, et elle éprouve de la douleur lorsqu'elle parvient à satisfaire ce besoin. Les intestins éprouvent aussi des retentissements du mal utérin; alors surviennent des coliques, de la diarrhée, ou même ces deux symptômes se montrent à la fois. Les mouvements de l'enfant sont la source de malaises plus grands encore, et souvent il arrive que, probablement par une action sympathique sur l'enfant, ces mouvements acquièrent une remarquable vivacité. Jœrg a remarqué que l'enfant souffre beaucoup moins à la suite du rhumatisme qu'après l'inflammation de l'utérus. Dans la forme bénigne, la constitution est peu ou point troublée par cette affection; mais la forme grave entraîne des troubles sérieux; le pouls est fréquent, la peau est chaude, la malade se plaint d'agitation, d'insomnie. Nauche (1) ajoute que les contractions irrégulières de la matrice sont fréquemment accompagnées de contractions analogues dans les membres inférieurs.

Il nous reste deux points importants à étudier, à savoir l'influence du rhumatisme utérin sur la marche de la grossesse et sur l'accouchement.

Sur le premier point, Cazeaux fait observer que lorsque les accès ont persisté pendant quelque temps ou qu'ils ont été très-violents, ils sont suivis de contractions utérines et peuvent ainsi provoquer l'accouchement. Alors la malade éprouve des douleurs vives et tensives. Le sentiment de tension n'est pas égal; tour à tour il parvient à un haut degré et s'affaiblit dans la même proportion pour suivre la même marche à des intervalles de plus en plus rapprochés. L'utérus se durcit d'abord partiellement, puis dans sa totalité; le col se tend, s'entr'ouvre, mais sa dilatation est lente et difficile, et ses progrès ultérieurs ne paraissent pas en rapport avec l'intensité des douleurs. L'avortement, alors imminent, s'observe plus souvent dans la forme fébrile du rhumatisme que dans la forme apyrétique; mais il est bien loin d'être aussi fréquent qu'on pour-

(1) Nauche, *Des maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, t. II. p. 562.

rait le croire. On a vu la dilatation du col offrir jusqu'à 1 et 2 centimètres de diamètre, puis la poche des eaux déjà engagée se retirer insensiblement, l'orifice se refermer et l'accouchement n'avoir pas lieu. On peut raisonnablement espérer faire rétrograder le travail tant que le col n'offre pas 3 centimètres de dilatation.

Ces couleurs rhumatismales de l'utérus peuvent simuler le travail de la parturition et faire croire à l'existence d'un travail qui n'a rien de réel. Les caractères de la douleur rhumatique, que nous donnons dans le paragraphe suivant, serviront à prévenir une pareille erreur. C'est certainement à quelques méprises de ce genre qu'il faut rapporter ces prétendues grossesses prolongées et ces cas de véritable travail de parturition développé, puis suspendu pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois.

Quelle influence peut avoir un accès de rhumatisme utérin sur le travail?

Cazeaux croit que « le rhumatisme utérin ralentit en général la marche du travail, quelquefois même il rend impossible l'expulsion spontanée du fœtus. »

[Dans un relevé clinique de la maison d'accouchement de Würtzbourg, Hoffmann a noté 12 cas de douleurs spasmodiques de l'utérus, et sur ces 12 cas la moyenne de la durée de l'accouchement a été de trente heures et demie (1)].

Outre les phénomènes généraux que nous avons indiqués, il s'en présente ici de particuliers : 1° la contraction utérine normale, comme on sait, ne commence à être douloureuse que quand elle accompagne la plus grande partie de son cours, et que quand elle est au moment de distendre et de dilater l'orifice de la matrice; en d'autres termes, la véritable douleur de parturition ne commence qu'au moment où la puissance du corps l'emporte sur la résistance du col. Dans le rhumatisme de l'utérus, au contraire, la contraction utérine commence à être douloureuse de prime abord et avant toute action exercée sur le col, en sorte que la cause de la douleur n'est pas dans la distension violente de cet orifice, mais dans la contraction utérine elle-même, dans d'autres conditions morbides, dans d'autres rapports des nerfs et des fibres contractiles de l'utérus. 2° Dans l'accouchement normal, la douleur débute par le fond de la matrice et vient aboutir au segment inférieur; dans le rhumatisme, au lieu de débuter par le fond elle commence par le point douloureux, et ne se propage pas régulièrement vers le col. D'un autre côté, les douleurs préexistent à la contraction de la matrice sur elle-même, et sous l'influence de celle-ci elles acquièrent promptement un haut degré d'intensité. Leur violence arrête quelquefois brusquement les contractions avant qu'elles aient

(1) Hoffmann, *Neue Zeitschrift fur Geburtskunde*, vol. XXII, p. 185, cité par V. Gautier.

parcouru leur cycle ordinaire. Elles sont alors brusques, courtes et deviennent de plus en plus rares. 3° A la fin du travail, au moment où l'action de l'utérus a besoin d'être aidée par la contraction volontaire des muscles abdominaux, la femme, dans la crainte d'augmenter les douleurs, évite de contracter les muscles du bas-ventre, d'où il résulte une lenteur excessive du travail. La malade se trouve dans un état d'anxiété extrême ; la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, la soif, le ténesme vésical sont notablement augmentés. Lorsque les souffrances sont trop prolongées, la malade finit par tomber dans un état de collapsus souvent heureux, pendant lequel les douleurs se suspendent; on a vu alors survenir une transpiration abondante dont l'influence sur la marche ultérieure du travail a été des plus salutaires. Mais d'autres fois l'utérus devient de plus en plus douloureux ; il est plutôt dans un état de contraction permanente, de vibration fibrillaire que de contraction réelle, le pouls s'accélère et la femme est sous l'influence d'une métrite qui rend l'accouchement extrêmement douloureux. »

Ces douleurs du rhumatisme utérin ne cessent qu'avec la naissance de l'enfant. L'utérus ne se contracte pas bien après l'expulsion du placenta, il s'élève plus que de coutume au-dessus du pubis et il y a danger d'hémorrhagie. Les tranchées utérines sont très-douloureuses et persistent longtemps après l'accouchement; la sécrétion laiteuse est aussi moindre.

§ II. — Diagnostic.

I. Il est fort important de diagnostiquer l'accès rhumatismal de l'*inflammation utérine*, et à première vue la chose n'est pas toujours aisée. Généralement la métrite ne se développe pas aussi rapidement que le rhumatisme, elle ne se montre pas par paroxysmes et la douleur est moins diffuse. Dans la métrite, la maladie est plus partielle et la sensibilité plus limitée, et elle donne lieu à des troubles généraux plus marqués. Quoi qu'il en soit, dit Dewees (1), le diagnostic est souvent très-difficile. Pour cet auteur, le toucher vaginal fournirait des renseignements utiles.

Dans les deux affections, le toucher est au premier abord douloureux. Dans la métrite et la métro-péritonite il en est toujours ainsi; mais dans le rhumatisme, bien que le contact du doigt soit toujours sensible, on constate que si l'on soulève l'organe avec l'index et le médius, ou bien la douleur cesse complétement, ou bien elle est fortement diminuée par le soulagement du ténesme utérin. Il n'en est pas de même dans l'inflammation où le toucher est constamment douloureux et d'autant plus douloureux que le contact est prolongé.

II. Isaac Taylor, de New-York (2) croit qu'on peut distinguer le rhuma-

(1) Dewees, in Colombat, *Diseases of females* translated, p. 291.
(2) Taylor, *American Journal of med. Sciences*, juillet 1845, p. 45.

tisme de la *névralgie utérine* par cela seul que cette dernière offre des retours plus franchement périodiques avec des rémissions plus complètes. La douleur est aussi lancinante et surtout limitée à certains points. La patiente a tout à la fois le pouvoir et la volonté d'aller et venir. L'abdomen n'est pas tout entier douloureux, et l'anxiété n'est pas aussi marquée dans la névralgie que dans le rhumatisme utérin.

III. Wigand et Dezeimeris (1) ont fait observer qu'un accès très-semblable au rhumatisme utérin se montre juste avant le début du travail, et cependant le travail est naturel et facile. En pareil cas, on a constaté que la vessie et d'autres organes ont été frappés, mais non l'utérus lui-même.

IV. Les fausses douleurs de l'accouchement ont quelque ressemblance avec les douleurs rhumatismales, mais elles en diffèrent en ce qu'elles ne sont pas rendues plus pénibles par les mouvements; elles ne causent pas de troubles généraux; de plus elles sont momentanées et elles sont facilement soulagées par un purgatif, après lequel on administre une dose d'opium.

§ IV. — Pronostic.

La vie de la mère ne court aucun danger. Mais les douleurs vives, prolongées, les troubles généraux, altèrent la santé d'une façon notable. Quand les accès sont violents, ils peuvent amener prématurément le travail ou entraver les efforts naturels de l'accouchement lorsque celui-ci arrive à son époque normale. Cazeaux pense qu'il y a moins d'inconvénients lorsque l'attaque se montre au commencement de la grossesse que lorsqu'elle survient à une période plus avancée.

§ V. — Traitement.

Les principaux moyens à employer sont des moyens antiphlogistiques modérés, des calmants, des diaphorétiques. S'il y a de la fièvre, si la douleur est excessive et qu'il n'y ait dans l'état de la malade aucune contre-indication, on pourra tirer par la veine de 6 à 14 onces de sang. Puis on administre de légers diaphorétiques à intervalles égaux dans la journée et à l'heure du coucher. La poudre de Dower remplira admirablement le but. Si la douleur est excessive, on pourra donner des opiacés à doses quelquefois considérables; les lavements constitueront le meilleur véhicule. Wigand s'est bien trouvé de l'application d'un emplâtre d'opium et de belladone sur le ventre. Nous aurons grand soin d'éviter l'impression du froid. On a recommandé des dérivatifs appliqués sur le sacrum; les entrailles doivent être tenues libres par de légers laxatifs; la malade sera

(1) Dezeimeris, *l'Expérience*, juin 1839, t. III. p. 144, et t. IV, p. 88 et 385.

chaudement vêtue, son lit sera maintenu à une bonne température ; des flanelles chaudes seront appliquées sur le ventre, autour des hanches ; on donnera des boissons chaudes, surtout au moment de se coucher; l'alimentation sera légère, nourrissante, mais non excitante.

Busch (1) a publié des cas où il est nécessaire de provoquer l'accouchement prématuré pour un rhumatisme utérin ; les cas de cette espèce sont heureusement fort rares. Quand la maladie existera pendant la durée du travail, il faudra légèrement modifier le traitement précédent. Si les forces faiblissent, il pourra être nécessaire d'avoir recours à l'accouchement artificiel (forceps, version). Après la délivrance, Cazeaux recommande des boissons sudorifiques, l'usage des liniments opiacés, des bains, des sangsues à la vulve, et lorsque les lochies manquent la poudre de Dower sera administrée.

CHAPITRE VIII

INFLAMMATION DE L'UTÉRUS

J'ai déjà décrit l'inflammation de l'utérus en état de vacuité, maintenant il me reste à parler de la métrite que l'on observe pendant la grosssesse, à laquelle je n'aurais certes pas consacré un chapitre spécial, si je n'y avais vu l'avantage de signaler quelques particularités au point de vue pratique.

§ I. — Fréquence.

La maladie est moins fréquente pendant la grossesse qu'après l'accouchement (2).

Il semblerait que les femmes sanguines y sont plus exposées que d'autres. La maladie occupe rarement l'utérus tout entier, excepté tout à fait pendant les premiers mois de la grossesse.

A une époque plus avancée, plus la grossesse arrive près de son terme, plus la maladie est limitée (3).

Le siége le plus fréquent est une portion du corps ou le fond de l'utérus, souvent aussi vers l'insertion placentaire. Vers la fin de la grossesse seulement la partie inférieure du col est atteinte, et la cause en est probablement dans la compression subie au niveau du détroit supérieur. Le moindre degré de vascularisation de cette portion de l'utérus peut expli-

(1) Busch, *Rapport de la Maternité de Berlin.*

(2) Jœrg, *Handbuch der Krankheiten des Weibes.* Leipzig, 1831, p. 470.

(3) Siebold, *Frauenzimmer Krankheiten.* Frankfurt, 1831, vol. II, p. 350. — Busch, *Handbuch der Entbindungskunst.*, p. 276.

quer la fréquence moindre de la maladie de ce côté, et, chose digne de remarque, il est bien rare que l'orifice soit oblitéré par suite d'inflammation.

C'est dans le tissu musculaire surtout, mais non pas exclusivement, que l'on trouve ce travail inflammatoire.

Les caractères de l'inflammation ont été décrits d'une façon variable, mais je ne crois pas que ces caractères soient suffisamment certains pour avoir une valeur réelle. Siebold fait remarquer que le siége de l'inflammation dans l'utérus non gravide est, soit dans la membrane externe, interne ou dans le tissu musculaire.

[[La métrite s'observe chez la femme enceinte dans deux conditions différentes ; ou bien la conception a eu lieu la femme étant atteinte de métrite chronique, ou bien l'inflammation s'est développée pendant le cours de la grossesse.

Au dire de M. Courty il est très-rare d'observer la grossesse chez une femme atteinte de métrite chronique. Sans nier que cette phlegmasie soit très-souvent un obstacle à la conception, et tout en reconnaissant que si la conception a lieu, il survient ordinairement un avortement peu de temps après la conception; nous ne pouvons nous empêcher d'admettre que la grossesse peut se développer dans un utérus enflammé chroniquement et même arriver à terme.

Comme preuve à l'appui de cette assertion, je rapporterai l'observation suivante que j'ai recueillie chez une de mes clientes, qui a été vue également en consultation par M. Gallard, et chez laquelle le diagnostic porté fut métrite chronique.

Observation. — *Métrite chronique. — Grossesse. — Accouchement à terme. — Guérison.* — Madame L... âgée de 22 ans, d'une santé habituellement bonne, a toujours été bien réglée jusqu'au 13 novembre 1871. Les époques étaient un peu douloureuses et duraient trois ou quatre jours ; l'écoulement sanguin était modéré. Mariée il y a quatre ans, elle fit une fausse couche trois mois après son mariage.

A la suite de cet accident, elle ne garda le lit que peu de jours, mais elle se remit assez bien ; néanmoins elle éprouva pendant un certain temps quelques douleurs vers l'hypogastre.

Entre les époques il existait un peu de leucorrhée.

Six mois environ après cette fausse couche, la conception eut lieu de nouveau, et madame L... accoucha à terme d'une fille bien constituée. Une seconde grossesse survint quinze mois après, et l'accouchement qui a eu lieu il y a huit mois, s'est effectué d'une façon assez naturelle ; le travail avait cependant été un peu long à cause du volume de l'enfant qui était assez considérable, bien que ce fût une fille. Madame L... qui était alors à Bordeaux, se leva une dizaine de jours après son accouchement, et revint à Paris sept jours plus tard ; le voyage s'effectua sans trop de peine, mais depuis lors, elle éprouva des douleurs vers la région hypogastrique ; ces douleurs s'irradiaient vers les régions lombaires et vers la partie interne et su-

périeure des cuisses ; la marche était assez difficile, et madame L... ne pouvait faire de longues courses sans éprouver de la lassitude, un sentiment de poids et une gêne assez marquée dans le bas-ventre. Il existait une constipation habituelle et des envies fréquentes d'uriner.

Le 13 novembre 1871, cette dame se présenta pour la première fois à mon observation. Outre les signes énumérés précédemment, elle se plaignait d'éprouver de temps à autre la sensation de boule hystérique, il existait de la dyspnée pendant la marche ; elle me raconta aussi qu'il y a trois mois, elle avait eu une suppression des règles qui avait duré deux mois. Il y a treize jours, le premier novembre, il était survenu un léger écoulement sanguin qui n'avait duré qu'un jour et demi.

La palpation hypogastrique était douloureuse, quand on déprimait un peu fortement la paroi abdominale immédiatement au-dessus du pubis.

Le toucher vaginal permettait de constater que le col était fortement porté en arrière. Une pression même légère développait de la douleur en ce point, le corps de l'utérus était porté derrière le pubis, et en combinant la palpation abdominale avec le toucher, on trouvait le corps de l'utérus un peu volumineux. La pression exercée au niveau du corps de l'organe produisait une douleur assez marquée. L'utérus était mobile, les culs-de-sacs du vagin étaient souples, et l'on ne percevait au pourtour de l'utérus aucune trace d'empâtement ni de tumeur.

Le spéculum permettait de constater une certaine augmentation de volume du col de l'utérus, et une ulcération au pourtour de l'orifice externe d'environ 3 ou 4 millimètres d'étendue.

A l'auscultation du cœur, on percevait un léger souffle au premier temps et à la base du cœur ; un souffle existait également au niveau des vaisseaux du cou.

Le traitement prescrit alors fut le suivant : la malade prenait tous les soirs à son dîner une petite pincée de sous-carbonate de fer, tous les matins à jeun un verre à Bordeaux de vin de quinquina, et tous les deux ou trois jours 50 centigrammes de poudre de rhubarbe pour entretenir la liberté du ventre.

De plus, je touchais tous les huit jours l'ulcération du col de l'utérus avec un pinceau imbibé de teinture d'iode, et la malade portait une ceinture abdominale.

Quelques jours plus tard, la sensation de boule hystérique devint plus considérable, et il survint un léger degré d'embarras gastrique caractérisé par une courbature générale, la perte de l'appétit, la bouche pâteuse, la langue blanche. J'administrai alors une demi-bouteille de limonade au citrate de magnésie à 35 grammes, et les symptômes de l'embarras gastrique disparurent bientôt.

Le 17 et le 27 novembre, je fis deux cautérisations du col avec la teinture d'iode.

Les règles qui étaient attendues pour la fin du mois, arrivèrent le 29, mais avec une abondance inusitée, et sans douleur.

Je prescrivis alors deux quarts de lavements laudanisés, et le repos au lit. L'écoulement ne dura que trois jours.

Le 8 décembre, madame L... s'étant fatiguée à danser, et ayant pris froid en sortant du bal, fut prise d'un léger écoulement sanguin qui ne dura qu'un jour; la leucorrhée qui existait déjà depuis longtemps augmenta sensiblement alors.

Le 31 janvier, la malade fut prise d'une attaque d'hystérie qui se reproduisit le 1er février et le 2.

Le 7 février, l'état de la malade n'étant pas sensiblement amélioré, les douleurs hypogastriques étant toujours vives, je fis demander en consultation le docteur Gallard. Nous constatâmes alors l'état suivant : les douleurs dont j'ai parlé précédemment existaient toujours, elles s'étaient même exaspérées. L'utérus était lourd, mobile, la pression sur le col et le corps de l'organe qui était perçu en antéversion était très-douloureuse ; l'hystéromètre pénétrait à 7 centimètres, le manche de l'instrument fortement porté en arrière. L'ulcération du museau de tanche avait alors complétement disparu.

On prescrivit alors de prendre tous les jours un bain de siége et des injections avec des plantes narcotiques, deux fois par semaine, un grand bain avec 250 grammes de carbonate de soude, des pilules à l'iodure de fer de Blancard, et tous les deux ou trois jours 50 centigrammes de rhubarbe.

Le 15 février, la douleur avait diminué d'une façon notable, la marche était devenue facile, l'appétit était bon.

Vers la fin du mois, la malade éprouva des nausées et même des vomissements, il existait du dégoût pour les aliments ; en même temps les douleurs hypogastriques redevinrent plus intenses. Ces phénomènes persistèrent pendant tout le mois de mars, et même les vomissements augmentèrent vers la fin de ce mois.

Vers le 13 avril, les vomissements devinrent si fréquents et si intenses que la malade ne pouvait prendre aucun aliment solide, les liquides mêmes étaient difficilement tolérés. Cet état dura jusqu'au 17 avril, malgré le repos au lit, l'emploi de fragments de glace avalés par la malade, de l'eau de seltz, des liqueurs aromatiques, chartreuse, curaçao.

La malade était alors considérablement amaigrie, je donnai alors la mixture suivante :

℞ Eau laurier cerise ..... 20 grammes,
Chlorhydrate de morphine..... 0,05 centigrammes,

à prendre 20 gouttes toutes les deux heures.

Le lendemain dans l'après-midi, la malade éprouva une amélioration assez notable, les vomissements devinrent moins opiniâtres et elle put conserver un peu de bouillon.

Le 19 il y a eu un seul vomissement le matin ; l'usage de la mixture est continué.

Le 20, les vomissements ont cessé complétement. Les aliments solides ont pu être repris hier ; je donne seulement cinq gouttes de mixture toutes les deux heures.

Le 21, le 22, le 23, les vomissements n'ont pas reparu. Je donne quatre fois par jour 5 gouttes de mixture.

Le 24 il y a eu un seul vomissement le matin. La malade reprend ses forces et mange avec assez d'appétit.

Je continue l'usage de cinq gouttes de mixture quatre fois par jour.

Quelques jours après, la malade se trouva très-bien et va habiter la campagne jusqu'au moment de son accouchement. Pendant tout le temps qui a suivi la cessation de ces vomissements, madame L... marchait presque sans

difficulté, le ventre était cependant toujours sensible à la pression, et de temps à autre elle éprouvait quelques douleurs spontanées. L'état général était très-bon. L'accouchement qui eut lieu le 14 novembre 1872 fut assez pénible. Le travail, commencé à huit heures du matin, s'arrêta presque complétement dans l'après-midi; le col était presque dilaté, mais les contractions, étaient peu énergiques et la tête, engagée au détroit supérieur, descendait difficilement dans l'excavation. La poche des eaux s'était rompue vers six heures du soir. L'enfant se présentait en position occipito-iliaque gauche antérieure. Les contractions ayant cessé complétement vers neuf heures du soir, et la tête étant engagée dans l'excavation, je me décidai à administrer 1 gramme de seigle ergoté vers onze heures. Une demi-heure après, les contractions se réveillèrent énergiques et fréquentes, et il suffit de cinq à six contractions pour amener l'expulsion du fœtus. Mais, sous l'influence de cette expulsion trop rapide, et aussi à cause du volume exagéré de l'enfant, il se fit une déchirure du périnée jusqu'au voisinage du rectum. Le placenta qui était bien décollé fut extrait au bout de 15 minutes environ, sans qu'il ait été besoin de produire de traction bien sensible sur le cordon; il s'échappa après cette expulsion une quantité assez considérable de caillots sanguins et de sang liquide, et une métrorrhagie très-abondante se manifesta alors. L'utérus, malgré des frictions assez énergiques opérées sur sa surface à travers la paroi abdominale, restant mou, et le toucher révélant des caillots sanguins accumulés dans la cavité utérine, je fus obligé d'introduire la main dans cette cavité. En même temps, je fis prendre un gramme de seigle ergoté, et je continuai à donner 50 centigrammes de ce médicament d'heure en heure de façon à en administrer deux grammes.

L'écoulement sanguin s'était arrêté environ une heure après l'accouchement, la matrice était bien revenue sur elle-même, et la malade éprouvait de temps à autre des coliques utérines attestant l'existence de contractions de l'utérus. La malade qui, après la délivrance, avait eu une attaque d'hystérie, fut replacée dans son lit, où elle passa le reste de la nuit assez calme, et sans que l'écoulement sanguin se fût reproduit.

Le lendemain madame L... se trouvait bien, elle avait pu dormir un peu ; le ventre malgré les frictions qu'il avait subies, n'était point plus douloureux qu'après un accouchement ordinaire. Je fis prendre des bouillons et des potages, et j'appliquai deux serrefines pour réunir les lèvres de la déchirure périnéale. Le surlendemain la malade se trouvait très-bien. L'état général était aussi satisfaisant que possible, l'utérus qui était bien revenu sur lui-même était à peine douloureux, la miction seule était un peu difficile. Je permis à la malade de prendre quelques aliments solides.

Le troisième jour après l'accouchement, les seins commençèrent à sécréter du lait en assez grande abondance, et il ne se produisit à ce moment ni fièvre, ni élévation de la température, le pouls était à 84.

A partir de ce jour, je faisais chaque matin une injection d'eau tiède dans le vagin afin de déterger les parties, et de nettoyer les lèvres de la déchirure. Le cinquième jour, la serrefine antérieure s'étant détachée, la postérieure resta seule en place jusqu'au septième ou huitième; la solution de continuité était alors réunie dans ses deux tiers postérieurs. Je fis rester la malade au lit pendant 17 jours ; et le vingt-quatrième elle put quitter sa chambre.

Un mois après son accouchement, M. L... allait et venait sans éprouver la moindre douleur ni la moindre gêne, les forces étaient revenues et en même temps un certain degré d'embonpoint.

Quatre mois après, je revis cette dame. L'état général était des meilleurs, les forces étaient bien revenues, la marche était facile, et il n'existait plus aucune gêne du côté de l'hypogastre, ni écoulement leucorrhéique. Les règles n'étaient point revenues, mais je dois dire que cette dame nourrissait son enfant. L'examen direct des organes génitaux ne fut pas fait, à cause de l'absence de tout phénomène morbide qui me permit de supposer que la guérison de la métrite chronique était aussi complète que possible.

Quant à la métrite qui se développe pendant le cours de la grossesse chez une femme qui jusque-là ne présentait aucune trace de phlegmasie utérine; nous pensons que le fait est rare et nous sommes disposés à croire que les causes susceptibles de déterminer la métrite, telles que chutes, coups portés sur l'utérus, provoqueront bien plutôt un avortement que le développement d'une inflammation utérine.

Quant aux ulcérations du col de l'utérus que l'on rencontre assez souvent dans le cours de la grossesse, elles sont le résultat d'une destruction moléculaire du tissu sous l'influence de la gêne circulatoire causée par la pression du produit de la conception et par la position déclive du col de l'utérus, bien plutôt que d'une inflammation franche.]]

§ II. — Causes.

Le froid, des influences traumatiques, peuvent provoquer l'inflammation de l'utérus, ou bien celle-ci peut être une propagation de l'inflammation d'organes voisins.

§ III. — Symptômes.

La femme se plaint d'une douleur aiguë permanente, d'un point très-douloureux dans quelque point de la tumeur abdominale, généralement assez limité. Le ventre est sensible à la pression et la douleur augmente par la marche et par les mouvement du fœtus ; elle ne se montre pas par paroxysmes; elle s'irradie vers les reins et les aines. Si l'inflammation occupe la partie inférieure de l'utérus, la vessie et le rectum s'en ressentent; il en résulte de la dysurie, du ténesme vésical, des envies fréquentes d'uriner, de la diarrhée accompagnée de douleurs en allant à la garde-robe. Les symptômes généraux sont très-marqués, le pouls est fréquent, la peau est chaude, il y a de la soif, des vomissements, etc. Si la maladie est très-limitée, l'enfant peut n'en pas souffrir et la grossesse peut continuer son cours ; mais si elle est plus étendue, le fœtus périra dans l'utérus ou sera prématurément expulsé. Les conséquences de cette affection pendant l'accouchement peuvent devenir très-sérieuses, à moins

qu'elle n'ait été complétement guérie et que le tissu utérin ne soit revenu à son état normal.

Le docteur Gason, de Enniskery, m'a rapporté qu'il avait observé trois cas d'inflammation utérine pendant la grossesse, et que dans ces trois cas la rupture de l'utérus s'ensuivit pendant l'accouchement, précisément au point qui était le siége du mal (1).

Je citerai aussi à propos des conséquences graves de l'inflammation locale dans l'utérus une des conclusions de l'excellent mémoire du docteur Murphy (2) :

« Toutes les fois qu'il survient une rupture, elle peut être rattachée à des lésions morbides antérieures ou à un état inflammatoire. »

§ IV. — Anatomie pathologique et terminaisons.

Les modifications pathologiques consécutives à l'inflammation de l'utérus sont mieux indiquées en signalant les différents modes de terminaison de la maladie :

1° Elle peut se terminer par résolution, la femme accouchera au terme de sa grossesse, et elle accouchera heureusement.

2° Elle peut se terminer par exhalation de lymphe plastique déterminant l'adhérence entre l'utérus et le placenta, et après l'accouchement on sera forcé de recourir à la délivrance artificielle. Le siége de l'inflammation au niveau du placenta pourra presque toujours être reconnu par le stéthoscope, à moins qu'il ne soit tout à fait à la partie postérieure. Le même moyen nous permettra de reconnaître qu'elle ne siége pas en ce point, et nous délivrera d'une inquiétude, car on n'aura pas à craindre l'adhérence du placenta. Je veux encore donner l'observation suivante qui montre bien les effets de l'inflammation.

Observation. — Madame M..., âgée d'environ trente ans, est accouchée le 6 novembre 1837 de son septième enfant après un travail très-facile. Dans les premiers mois de la grossesse, elle reçut d'un de ses enfants, pendant qu'elle était dans son lit, un violent coup de pied au niveau de la région pubienne : elle eut aussitôt une vive douleur locale. Vingt-quatre heures après, il survint des contractions utérines, et le jour suivant il se produisit une forte hémorrhagie par le vagin. M. Monteith fit une saignée du bras et soumit la malade à un traitement antiphlogistique des plus énergiques, afin d'éviter l'avortement dont elle était menacée. Elle fut tenue au lit pendant longtemps, mais elle ne fut pas débarrassée, durant toute sa grossesse, d'une douleur cuisante dans la région utérine. L'enfant était né depuis trois heures, lorsque M. Renton vit la mère ; mais le placenta était adhérent. Le palper abdominal permettait de sentir l'utérus irrégulièrement contracté, volumineux

(1) Voyez aussi l'observation du docteur Spark, *Med. Gaz.*, vol. III, p. 218. — L'observation de M. Else, *Med. Gaz.*, vol. II, p. 400.

(2) Murphy, *Dublin Journal*, vol. VII, p. 210, 215, 218, 219, 222.

et flasque par endroits, s'étendant depuis la symphyse des pubis jusqu'au creux épigastrique. En examinant par le vagin, on constatait qu'un quart environ de la partie inférieure du placenta était décollée, que le reste était adhérent, non pas d'une façon immédiate et continue, mais par l'intermédiaire de bandelettes partant de la paroi antérieure de l'utérus vers sa partie moyenne; le contraste était bien manifeste quand le doigt promené sur la paroi postérieure en constatait la surface unie et lisse. Ces bandelettes paraissaient formées de tissu cellulaire dense et offraient la consistance de ces adhérences pulmonaires qui unissent les deux surfaces de la plèvre après des maladies inflammatoires (1).

3° L'inflammation peut se terminer par le ramollissement du tissu au niveau de l'endroit malade, et sans qu'il y ait apparence d'altération morbide (2).

Dans une réunion de la Société pathologique de Dublin (26 janvier 1839), E. Kennedy a présenté un spécimen de ramollissement de l'utérus provenant d'une femme qui mourut le jour même de sa réception dans le Lying in Hospital, sans avoir présenté aucun symptôme remarquable, si ce n'est un peu de douleur à la partie supérieure et interne de la cuisse, où l'on pouvait voir un peu de rougeur seulement. On fit l'opération césarienne, mais l'enfant fut trouvé mort, quoique bien conformé. Après avoir divisé les parois de l'abdomen, l'utérus apparut avec une coloration d'un rouge foncé presque noir. Le tissu était très-ramolli, et la surface muqueuse était recouverte de grumeaux de sang (3).

4° Un abcès peut se former dans le tissu utérin, comme le mentionnent Siebold et Busch. Cet abcès peut s'ouvrir dans la cavité utérine ou perforer la vessie ou le rectum; il peut se vider ainsi par les voies naturelles. Le pus peut s'épancher dans la cavité abdominale, ou bien se résorber, ou bien l'abcès plongera dans le bassin et viendra former une tumeur molle entre l'utérus et le rectum. Après l'issue du pus, l'abcès peut se guérir ou devenir fistuleux.

5° La gangrène n'est pas une terminaison commune de la maladie que nous décrivons. Mais on comprend bien que, si elle se montre, le cas devient nécessairement mortel. Les auteurs allemands l'ont décrite sous le nom de *Putrescenz* (4) ou *Putrescirung* de l'utérus (5).

§ V. — Diagnostic.

Quand l'inflammation s'empare de l'utérus gravide, nous avons l'avantage (au moins pendant la plus grande partie de la grossesse) de pouvoir

(1) M. Renton, *On adhesion of the placenta to the uterine surface* (*The Edinburgh Journ.*, avril 1839, p. 39).
(2) Murphy, *Dublin Journal of med. Science*, vol. VII, p. 218, 219, 222.
(3) Murphy, *Dublin Journal of med. Science*, mai 1831, p. 290.
(4) Ricker, *Siebold's Journal für die Geburtshülfe*, etc., vol. XI, p. 62.
(5) Boë, *Natürliche Geburtshülfe*, etc., vol. I, p. 202.

examiner les parties malades par le palper, ce qu'il est impossible de faire lorsque l'utérus, gardant son volume normal, est caché dans la cavité pelvienne. Cette condition, aidée d'autres symptômes, concourra à faciliter le diagnostic.

I. *Rhumatisme.* — Quoique dans les deux affections il y ait de la douleur et de la sensibilité à la pression, dans le rhumatisme la douleur est paroxystique, elle est moins limitée que dans l'inflammation. L'état général souffre plus par l'inflammation utérine que dans l'autre condition. La connaissance de la cause éclairera souvent le diagnostic.

II. *Péritonite.* — Si la séreuse utérine était seule emflammée, sans aucun doute le diagnostic serait difficile, sinon impossible, mais l'inflammation péritonéale s'étend rapidement au lieu de rester limitée à un seul point. En outre, la sensibilité à la pression paraît plus superficielle et plus aiguë dans l'inflammation péritonéale que dans l'inflammation du tissu musculaire. Dans la péritonite généralisée, la douleur s'étend à tout le ventre, tandis que dans l'affection que nous étudions, elle est locale et limitée.

III. On distinguera la métrite de l'inflammation des autres viscères par les signes locaux et par l'absence de signes propres à l'inflammation de chaque organe.

§ VI. — Pronostic.

Il est nécessaire d'être très-réservé dans le pronostic que l'on portera, puisqu'une inflammation même circonscrite de l'utérus peut donner lieu à des conséquences très-graves. Si cependant le souffle placentaire est entendu dans une partie éloignée du point malade, on sera délivré d'une grande crainte, car les rapports normaux du placenta et de l'utérus ne sont pas troublés.

§ VII. — Traitement.

La maladie étant généralement très-limitée, il suffit souvent d'appliquer quelques sangsues; on n'aura pas besoin d'avoir recours à la saignée qu'il ne faudra pas pourtant négliger si l'intensité des symptômes en commandait l'usage. On appliquera des sangsues sur la partie malade et l'on ne craindra pas d'y revenir si la douleur continue. En même, temps on administrera le calomel et l'opium à doses modérées. Les bains de siége sont quelquefois utiles, mais on devra en régler l'emploi sur l'époque de la grossesse, sur l'imminence plus ou moins grande de l'accouchement. On donnera des lavements laudanisés pour calmer la douleur et favoriser le sommeil. Lorsque la période aiguë est passée, on se trouvera bien de l'application de vésicatoires volants ou même à demeure; des liniments stimulants et calmants ont été également recommandés.

Si nous soupçonnons la formation de pus, il peut être utile de donner du sulfate de quinine, en même temps que l'on soutiendra les forces de la malade par une alimentation substantielle.

Si le dépôt purulent se forme dans le col de l'utérus, on s'empressera de l'ouvrir au moyen du bistouri à fistules de Savigny ou au moyen de l'hystérotome d'Osiander (1).

Si le pus se fait jour par quelqu'autre issue, il faudra se laisser guider par les circonstances.

CHAPITRE IX

ALLONGEMENT ŒDÉMATEUX AVEC PROLAPSUS DU COL UTÉRIN PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT (2).

[Cette maladie décrite par M. Guéniot avait cependant été mentionnée avant lui par divers médecins; mais ils avaient considéré les cas qui s'étaient offerts à leur observation, comme exceptionnels, et n'avaient point cherché à donner une description générale de la maladie. M. Guéniot rapporte que Leroux (3) de Dijon, Seguin (4), Herpin (5), Scanzoni (6), ont publié des observations de cette maladie, mais que la nature de l'affection resta en définitive très-peu connue.

Les détails qui vont suivre seront empruntés exclusivement à M. Guéniot qui le premier a donné une étude détaillée de cette maladie.

§ I. — Symptômes.

La maladie est caractérisée par l'allongement, la mollesse œdémateuse et le prolapsus du col de la matrice.

La longueur du col est presque toujours considérable, elle peut atteindre 8 à 9 centimètres. Le diamètre transversal est aussi augmenté. La longueur du col est telle que cet organe vient faire saillie à l'extérieur de la vulve; la partie saillante à l'extérieur se renfle, et le col ainsi déformé prend la forme d'une massue, ou, comme l'a fait remarquer Leroux la figure d'un cou de bouteille avec son bourrelet terminal.

A la palpation, l'organe présente une consistance molle, pâteuse, semi-

(1) Siebold's, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 364.

(2) Guéniot, *Allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement*, in *Archives de médecine*, avril et juillet 1872.

(3) Leroux, *Des pertes de sang*. Dijon, 1810, 2e édition.

(4) Séguin, *Observation d'un cas de prolapsus du col utérin pendant l'accouchement*. Thèse, 1850.

(5) Herpin, *De l'allongement démesuré du col de l'utérus*, in *Gazette médicale de Paris*, 1856.

(6) Scanzoni, *Archives de médecine*, 1859, t. III, p. 354.

fluctuante et un peu élastique. Le col comprimé garde l'empreinte du doigt et se réduit considérablement de volume si l'on exerce une pression continue pendant un certain temps. Rouge, quelquefois bleuâtre et livide, selon qu'elle est plus ou moins étranglée par l'orifice vulvaire, la tumeur prolapsée présente deux lobes ou lèvres séparés par un sillon transversal; au milieu de ce sillon correspond l'orifice externe du col dans lequel le doigt peut pénétrer jusque dans le col qui est ouvert dans toute la longueur. L'orifice interne est fermé par les membranes de l'œuf qui reposent sur lui. Le pourtour de l'orifice externe est ordinairement exulcéré en même temps que la lèvre inférieure; le reste de la muqueuse du museau de tanche est ordinairement lisse, tendu et recouvert d'un liquide épais ou glaireux. L'exploration précédente faite avec douceur est indolore; elle permet de s'assurer non-seulement de l'existence de la grossesse mais encore de l'état de vie ou de mort du fœtus.

Au-dessus du museau de tanche, la muqueuse présente une coloration moins foncée, et aussi des rides transversales. Cet aspect différent est dû à la muqueuse du vagin qui a été entraînée par le col et qui lui forme un revêtement extérieur. La cavité vaginale se trouve de la sorte constamment raccourcie, et ses culs-de-sac plus ou moins abaissés.

La paroi utérine est aussi plus souple, plus dépressible, plus mince que dans une grossesse normale. Le segment inférieur de l'utérus s'affaisse sous le poids de l'œuf et s'abaisse dans l'excavation pelvienne.

La malade éprouve des douleurs vers les régions lombaires, les aines, les parties génitales; la miction est difficile. La station verticale, la toux, les efforts augmentent les souffrances.

La tumeur se réduit assez facilement si l'on exerce sur elle une pression continue, la longueur du col diminue alors rapidement, les douleurs cessent, et la miction devient facile. Cette réduction se fait même spontanément sous l'influence du décubitus horizontal, mais la maladie se reproduit facilement si la malade reste assez longtemps debout. Lorsque la gestation a dépassé la moitié de son cours, la tumeur perd ce caractère de mobilité pour devenir à la fois plus résistante à l'action du repos et moins facile à se reformer après réduction.

Au point de vue de l'accouchement, cette maladie présente une importance considérable; car le plus souvent la grossesse se termine une ou plusieurs semaines avant le terme normal.

Pendant le travail, les contractions utérines se montrent assez régulières et énergiques. Quand le prolapsus a été réduit avant le début du travail, il ne s'est jamais reproduit dans le cours de l'accouchement; quand l'organe est resté prolapsé pendant le travail, il s'est raccourci tout en conservant sa situation anormale, puis lorsque son effacement a été complet il s'est dilaté peu à peu.

Lorsque l'accouchement a eu lieu, l'affection peut se reproduire, mais elle n'exerce point d'action notable sur les suites de couches.

§ II. — Causes et nature.

Les causes prédisposantes sont : la multiparité, une santé débile, le tempérament lymphatique, un prolapsus antérieur, le ramollissement et l'abaissement variable qu'il subit pendant les premiers mois de la grossesse.

Les causes occasionnelles consistent dans la station verticale et les marches prolongées, le cahotement des voitures, la toux, la constipation. Dans une des observations rapportées par M. Guéniot, un kyste volumineux de l'ovaire a paru jouer le principal rôle dans la manifestation de la maladie.

M. Guéniot pense que la maladie est constituée par un engorgement hyperémique du col, résultat probable de l'inertie des fibres musculaires, et consécutivement, par une surimbibition séreuse, ou un œdème véritable du tissu de cet organe.

§ III. — Diagnostic.

L'allongement œdémateux avec prolapsus doit être distingué de l'allongement hypertrophique, et du prolapsus simple.

Il se distingue de l'hypertrophie par la mollesse particulière du col, la facilité et la promptitude de l'organe à recouvrer ses dimensions normales, ou presque normales, sous la seule influence de sa réduction dans le vagin et du décubitus dorsal, par la facilité avec lequel le doigt pénètre dans la cavité cervicale, par la coexistence de la grossesse qui est très-peu compatible, sinon impossible avec l'allongement hypertrophique.

Quant au prolapsus, dit M. Guéniot, il se différencie encore plus aisément de l'allongement œdémateux par l'absence même de tout allongement du col.

§ IV. — Pronostic.

La maladie ne menace point directement l'existence de la femme ; mais les douleurs et les malaises qui l'accompagnent, les entraves qu'elle apporte à la marche et aux plus légers efforts, les troubles qu'elle provoque dans l'excrétion urinaire, sa grande facilité à récidiver, ne sont pas sans une certaine gravité. Relativement à la grossesse, les conséquences du mal sont plus redoutables, à cause de l'accouchement prématuré et même de l'avortement qui peuvent en résulter.

§ V. — Traitement.

Les pessaires sont des moyens dangereux et qu'il convient de proscrire. Pendant la grossesse, l'indication à remplir est de réduire le col pro-

lapsé. Cette réduction sera facilement obtenue en faisant coucher la femme et en pressant doucement la tumeur entre les doigts comme s'il sagissait d'une hernie intestinale. L'on appliquera ensuite un tampon de linge sur les lèvres de la vulve, lequel sera maintenu à l'aide d'un bandage en T.

Il sera bon ensuite d'administrer un lavement laudanisé afin de calmer les contractions utérines qui ont de la tendance à se produire après les manœuvres de réduction.

La malade sera tenue au repos horizontal pendant huit à dix jours, et, si après ce temps le col a repris ses dimensions à peu près normales, on pourra permettre l'usage de la marche.

Il sera encore avantageux d'employer des calmants contre la toux et quelques laxatifs contre la constipation.

Pendant l'accouchement il n'y a guère lieu d'intervenir, il suffira de surveiller le travail et de se tenir prêt à parer aux accidents. Enfin après la délivrance on devra réduire le prolapsus, et prescrire un décubitus prolongé au delà du temps habituel.]]

DEUXIÈME PARTIE

DÉSORDRES PRODUITS PAR IRRITATION RÉFLEXE

Je commencerai l'étude de cette classe de maladies par les désordres de l'appareil chylopoiétique, qui est le premier affecté par la conception; puis j'arriverai aux irritations sympathiques ou réflexes de l'appareil circulatoire, respiratoire, de l'appareil nerveux et enfin à celles qui retentissent sur l'appareil de la lactation.

SECTION PREMIÈRE

DÉSORDRES DE L'APPAREIL CHYLOPOIÉTIQUE

CHAPITRE PREMIER

MAL DE DENTS — SALIVATION — APPÉTIT CAPRICIEUX

ARTICLE PREMIER

MAL DE DENTS

Une douleur dans la mâchoire ou même dans une seule dent se montre fréquemment chez la femme enceinte, plus souvent dans les premiers mois. Chez quelques femmes, cette douleur est le premier indice de la conception. J'ai observé plusieurs cas où les choses se passaient ainsi.

Capuron dit que certaines femmes souffrent du mal de dents aussitôt qu'elles ont conçu, et même cette douleur serait pour elles le premier signe de la grossesse.

La douleur est variable comme intensité; le moment où elle se montre varie également. Quelquefois elle est sourde et pénible, elle disparaît par intervalles; d'autres fois elle est aiguë et persiste jour et nuit. Alors le sommeil disparaît, l'appétit diminue, la digestion est troublée, la malade prend de la fièvre et souvent alors l'avortement en est la conséquence (1).

La douleur peut être continue, ou bien n'avoir que de courtes rémissions, ou bien elle peut survenir par paroxysmes.

Il n'est pas exact de dire que dans tous les cas on ait affaire à une né-

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 357.

vralgie, car elle coïncide souvent avec la carie dentaire. Une de mes clientes a perdu toutes ses dents dans des grossesses successives, mais dans l'intervalle elle n'en souffrait que peu ou point. Les effets de ce malaise sont quelquefois très-pénibles pour la patiente, qui perd le sommeil, l'appétit, et voit souvent en ce cas survenir l'avortement.

§ I. — Causes.

On ne peut mettre en doute que ce ne soit là une irritation réflexe dépendant de l'état de grossesse et portée dans cette direction sans que nous puissions savoir pourquoi.

Cette douleur peut provenir de l'inflammation des gencives, ou simplement coïncider avec cette altération de la muqueuse. Elle peut se développer quand il existe une carie dentaire qui joue alors le rôle de cause prédisposante.

§ II. — Diagnostic.

Il est indispensable, au point de vue du traitement, de faire un diagnostic précis. Le point important à établir est de savoir si l'on a affaire à une inflammation, à une névralgie ou à une lésion organique de la dent. Il faudra donc procéder à un examen très-attentif de la cavité buccale et de la santé générale. Les présomptions de grossesse et l'occurrence d'un pareil malaise dans d'autres grossesses nous seront d'un utile secours pour déterminer la cause et la nature du mal actuel.

§ III. — Traitement.

Si le mal de dents dépend d'une névralgie, les huiles essentielles de girofle, de menthe, de cannelle, etc., etc., l'alcool, tenues pendant quelques instants dans la bouche, amèneront du soulagement. Des fomentations seront utiles, surtout si la mâchoire est douloureuse.

Les effets de l'opium sont très-variables; souvent il diminue la douleur, mais souvent aussi il échoue. La créosote rend les plus grands services. Gardien préconise l'extrait de semence de datura. Blundell dit que la teinture volatile d'écorce de valériane et le carbonate de fer sont les meilleurs moyens à employer.

Une révulsion extérieure au moyen d'un petit vésicatoire appliqué sur la tempe ou derrière les oreilles est quelquefois utile; Gardien cependant en a souvent constaté l'inefficacité. Malgré tous nos efforts, nous pourrons nous trouver dominés par le mal, mais il arrive aussi qu'il disparaît tout à coup et spontanément.

« On a vu, dit Capuron (1), des maux de dents rebelles à toute espèce de remèdes, disparaître d'eux-mêmes vers le troisième ou quatrième mois

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1842, p. 359.

de la grossesse. » Si les gencives sont enflammées, il sera bon de les scarifier ou d'y appliquer une ou plusieurs sangsues.

Si la chaleur est grande, s'il y a de l'agitation, de la fièvre, les antiphlogistiques sont indiqués. Les pertes de sang devront être suivies de l'application de fomentations chaudes sur la face et de gargarismes tièdes. On donnera quelquefois, suivant l'état des intestins, un purgatif doux.

La plupart des moyens indiqués peuvent être tentés lorsqu'il existe de la carie dentaire, ainsi les huiles essentielles, le tabac, l'opium la créosote, etc. On peut encore y ajouter l'usage d'acide nitrique ou l'application d'une aiguille à tricoter rougie au feu dans la dent creuse. Mais si, comme cela arrive souvent, ces moyens échouent, faudra-t-il arracher la dent? Les uns disent oui, les autres disent non. Burns dit qu'il a souvent vu l'avortement suivre de très-près l'extraction d'une dent. Blundell est opposé à l'extraction, car il considère le mal comme névralgique. Campbell conseille l'extraction, parce qu'il voit bien plus de chances d'avortement dans la continuité de la douleur (1). Capuron et Gardien sont du même avis. Ils ajoutent encore que si, après l'ablation de deux ou trois dents, la douleur n'a pas cessé, il vaut mieux s'arrêter.

Je crois que le choc de l'opération peut provoquer l'avortement, et pour ma part je ne conseillerai pas l'opération; mais, d'autre part, si la douleur est aiguë et persistante, si la malade perd son repos, si l'état général en souffre et si les moyens employés n'ont pas amené de soulagement, je consentirai à l'extraction, à la condition cependant que la dent soit cariée.

ARTICLE II

SALIVATION

Il est difficile d'expliquer la sympathie qui existe entre l'utérus et l'appareil salivaire, et cependant elle ne peut être mise en doute. La salivation n'est pas constante après la conception, mais elle se produit assez souvent pour qu'on l'ait rangée parmi les signes de la grossesse. Elle a été mentionnée par Hippocrate et depuis signalée par Van Swieten (2), Rœderer (3), Capuron (4), Gardien (5), Imbert (6), Burns (7), Blundell (8), Campbell (9), Montgommery (10), Dewees (11), etc.

(1) Campbell, *On the theory and practice of midwifery*, p. 519.
(2) Van Swieten, *Commentaries upon Boerhaave Aphorisms*. Edinburgh, 1776, vol. XIII, p. 271.
(3) Rœderer, *Elementa artis obstetriciæ*, p. 45.
(4) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 326.
(5) Gardien, *Maladies des femmes*. Paris, 1823. vol. IV, p. 32.
(6) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p. 396.
(7) Burns, *Principles of midwifery*, 10e édition. London, 1843, p. 267.
(8) Blundell, *Princ. and pract. of obstetricy*, p. 202.
(9) Campbell, *Midwifery*, p. 519.
(10) Montgommery, *Signs and symploms of pregnancy*, p. 55.
(11) Dewees, *Midwifery*, p. 115.

Presque toujours la salivation cesse après l'accouchement. Il est des cas où néanmoins elle a continué pendant un ou deux mois après (1). La cause en est peut-être dans l'état de la constitution, mais il est difficile pour ne pas dire impossible de l'affirmer. Capuron prétend que les femmes nerveuses seules y sont sujettes. Cet écoulement paraît être de la même nature que les flux supplémentaires. J'ai apprécié ailleurs la valeur de ce flux comme signe de la grossesse (2).

§ I. — Causes et symptômes.

Cette hypersécrétion a été attribuée à une maladie des glandes salivaires, qui quelquefois sont gonflées et douloureuses et dans laquelle la muqueuse buccale est affectée à un plus ou moins haut degré. Dans un cas que j'ai observé, la parotide gauche seule était prise. [[Mais c'est un tort de penser qu'elle dépend d'une inflammation des glandes salivaires, il faut la considérer comme due à un simple trouble fonctionnel dépendant de l'innervation.]] Les gencives ne sont généralement ni ramollies ni ulcérées. L'écoulement est le plus souvent constitué par de la salive normale, qui ne dégage aucune odeur fétide. Dewees fait remarquer que presque toujours la salive a un goût désagréable sans aucune mauvaise odeur. L'estomac est dans un état constant d'irritation, et le liquide salivaire cause souvent des efforts de vomissement, surtout s'il est visqueux et tenace et que son expulsion exige des efforts. La nuit, la nécessité de vider fréquemment la bouche trouble le sommeil (3).

La quantité est très-variable et peut s'élever à plusieurs litres par jour; on conçoit que le besoin continuel de cracher devienne un véritable supplice.

Quand l'écoulement est modéré, la malade n'en souffre que peu; mais s'il est excessif et continu, l'estomac est affaibli et irrité, souvent même il ne peut garder quoi que ce soit. La malade se plaint de faiblesse, d'aigreurs. La constipation est un symptôme constant.

§ II. — Diagnostic.

La seule erreur que l'on puisse commettre serait de prendre cette forme de salivation pour une salivation mercurielle. Mais la distinction me paraît bien facile. Dans l'affection que je viens de décrire, les gencives ne sont ni ramollies ni ulcérées, il n'y a pas de fétidité de la bouche; enfin la coïncidence de la grossesse confirmera le diagnostic.

(1) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p. 396.
(2) Churchill, *On the Theory and practice of midwifery*, 4e édition. Dublin.
(3) Dewees, *Compendium of midwifery*, p. 115.

§ III. — Traitement.

Certains auteurs, surtout les auteurs français, conseillent de n'employer aucun remède pour diminuer ou supprimer cette salivation. Baudelocque raconte le fait d'une dame chez qui cette suppression détermina une attaque d'apoplexie (1).

Murat (2) et Capuron (3) partagent l'avis de Baudelocque. Ils se contentent de veiller à l'état des intestins. Un auteur français plus récent a adopté une opinion contraire. « L'écoulement de la salive, dit Imbert, s'il n'est pas excessif, peut être abandonné à la nature; mais on ne doit pas agir de même s'il est très-abondant et qu'il épuise la malade (4). » Il est bien rarement nécessaire d'intervenir; mais si le médecin y est contraint, il pourra appliquer de quatre à six sangsues derrière les oreilles; il donnera un léger laxatif, de la poudre de rhubarbe par exemple tous les deux jours; il conseillera d'éviter tous les excitants, la nourriture sera simple, sans trop de condiments. Comme réfrigérant et astringent, on pourra donner 0gr, 50 de nitrate de potasse toutes les quatre heures (5). Il ne peut y avoir aucune espèce d'inconvénient à agir ainsi. Burns préconise l'emploi des révulsifs, dont j'ai eu moi-même à me louer. Un vésicatoire pourra être appliqué sur la nuque ou derrière les oreilles. Des gargarismes de camomille ou de menthe verte sont recommandés par Gardien (6). Fahnestock, de Pensylvanie, prône l'usage d'une infusion de la seconde écorce du *rhus glabrum* ou sumac comme étant le meilleur moyen à opposer à la salivation (7). Geddings, de Charleston, s'est bien trouvé du gargarisme suivant :

℞ Mucilage de gomme.....	250	grammes.
Huile de térébenthine.....	30	—

gargarisme à employer fréquemment dans la journée (8).

Si la salivation est opiniâtre, on peut employer les moyens qu'on oppose habituellement à la salivation mercurielle ; mais souvent, malgré tous nos efforts, elle persistera jusqu'au moment où elle cessera spontanément à la fin de la grossesse ou même jusqu'après l'accouchement.

(1) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p. 397.
(2) Murat, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1817, article Grossesse, vol. XIX, p. 450.
(3) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 362.
(4) Imbert, *Maladies des femmes*, vol, I, p. 397.
(5) Campbell, *Midwifery*, p. 519.
(6) Gardien, *Traité des accouchements*, vol. II, p. 32.
(7) Fahnestock, *London medical and surgical Journal*, vol. IV. p. 830.
(8) Ryan, *Manuel on midwifery*. London, 1824, p. 428.

ARTICLE III

APPÉTIT CAPRICIEUX OU DÉPRAVÉ

Il est facile à concevoir qu'un organe aussi sensible, et aussi intimement lié par des sympathies nombreusss à l'utérus que l'estomac, soit facilement troublé. Dans les premiers mois, lorsque l'irritation sympathique est le plus marquée, l'appétit diminue, ou même se perd complétement, la malade maigrit et s'affaiblit ; mais après le troisième ou quatrième mois, quand l'estomac est moins troublé, l'appétit revient en général, et souvent même il est vorace.

Un phénomène plus extraordinaire que celui-là, et peut-être moins explicable encore, est cette dépravation de l'appétit qu'on observe quelquefois pendant la grossesse; soit que la femme ait un dégoût profond pour certains aliments qu'elle aimait autrefois, soit qu'elle prenne un goût insensé pour des aliments qu'elle ne pouvait souffrir ou même pour des substances répugnantes.

Les anciens auteurs Tulpius, Van Swieten, Sennert abondent en observations sur les bizarreries des femmes enceintes.

Roderick de Castro (1) raconte l'histoire d'une femme qui prit fantaisie pour un morceau d'épaule de boulanger, et elle ne put être satisfaite que lorsqu'elle eut le consentement du boulanger. Langius (2) rapporte l'observation d'une femme qui, ayant du *goût* pour son mari, le tua, en mangea et sala le reste de son corps. D'autres femmes ont mangé de la craie, des cailloux, du poivre, du gingembre, du papier d'emballage. Dewees (3), Merriman (4) et Montgomery (5) citent des faits de ce genre.

Sans aucun doute, certaines observations qu'on cite sont mensongères et tiennent de la fable, mais d'autres sont assez dignes de foi pour établir la réalité des faits. Quelquefois même ces goûts sont portés assez loin pour constituer une véritable monomanie.

L'indulgence que tout le monde a pour une femme enceinte, la croyance que la résistance à ces goûts bizarres peut porter préjudice à l'enfant, ou au moins amener quelque marque indélébile sur un point de leur corps, ont conduit à n'opposer aucun frein à ces appétits bizarres. Denman nous raconte que dans sa jeunesse rien n'était plus commun que les récits d'événements horribles causés par l'opposition faite à ces *envies*. Mais aujourd'hui il est rare même d'entendre prononcer le mot *envie*, si ce n'est dans les classes inférieures, et cependant la cause, si elle a existé, doit produire maintenant les mêmes effets qu'autrefois (6).

(1) Roderick de Castro, *De universa mulierum medicina*. Hamburgi, 1603.
(2) Langius, *Opera omnia*. Lipsiæ, 1704.
(3) Dewees, *Comp. of Midwifery*, p. 143.
(4) Merriman, *Synopsis*, p. 321.
(5) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*, p. 151.
(6) Denman, *Introduction to midwifery*, p. 154.

Il est bon de noter que les dégoûts ne viennent pas après avoir goûté de tel ou tel aliment, ils arrivent spontanément et sans raison. Ceux-ci sont évidemment dus à un désordre fonctionnel de l'estomac et non pas aux impressions désagréables que ces substances auraient produites après les avoir goûtées.

Ces caprices paraissent spéciaux aux premiers mois de la grossesse. Ils diminuent petit à petit et disparaissent, en général, vers le quatrième mois.

§ I. — Causes.

Les anciennes opinions attribuent ce désordre à la pléthore stomacale produite par la suppression des règles; d'autres auteurs l'attribuent aux sympathies qui existent entre l'utérus et l'estomac ; mais il faut avouer que ce n'est pas là une explication satisfaisante. Nous pouvons dire avec Capuron (1) : « Mais cette sympathie, qu'est-elle au fond, qu'un mot qui « cache la défaite des physiologistes, ou plutôt leur ignorance sur la « cause des phénomènes de l'organisme ? »

M. Imbert a divisé cette affection en trois classes, suivant leur cause probable : 1° pica nerveux; 2° pica gastro-intestinal ; 3° pica pléthorique. Dans quelques cas, l'auteur ne croit pas que ce soit une maladie, mais bien un instinct naturel dirigeant la mère dans le choix de substances utiles à l'alimentation du fœtus.

J'ai déjà cité l'opinion de Gardien qui prétend que ce n'est pas un désordre sympathique, mais bien un désordre dépendant de l'état actuel de l'estomac. Cette diversité d'opinions nous montre toute la difficulté qu'il y a à expliquer de semblables caprices : je sens l'insuffisance de toutes les théories avancées, ce ne sont que des expressions variées d'un même fait. Ai-je quelque chose de mieux à substituer ? Dans l'état actuel de la science, c'est savoir que d'avouer son ignorance.

§ II. — Symptômes.

Le désordre lui-même tel qu'il a été décrit est le principal symptôme ; mais le dégoût des aliments habituels et le désir d'aliments extraordinaires sont accompagnés par d'autres signes de dérangement fonctionnel de l'estomac. La langue est chargée, la bouche est remplie de salive visqueuse, et il y a de fréquentes éructations de liquide glaireux. La femme est languissante et déprimée. Comme preuve de l'altération des sucs de l'estomac, Gardien prétend qu'à l'autopsie on a souvent trouvé de l'inflammation, des érosions et la perforation de cet organe. Il est important de savoir si ces malaises peuvent affecter l'enfant, et jusqu'à quel point il peut en souffrir. Peu de médecins aujourd'hui croient aux histoires de signes, tels que groseilles, fraises, raisins, etc., mais si notre incrédulité

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 376.

peut être justifiée, en ce cas, nous ne pouvons pas admettre que le fœtus soit aussi bien nourri avec de la chaux et du papier, qu'avec l'alimentation ordinaire. Ces conclusions me paraissent justifiables par l'état des enfants qui naissent souvent dans un état de débilité et de maigreur considérables.

§ III. — Traitement.

Les effets produits et sur la mère et sur l'enfant par la satisfaction donnée à toutes ces envies me paraissent suffire à montrer que nous suivons une mauvaise voie en ne nous y opposant pas. Ces cas, dit Merriman, tendent à prouver que ces préjugés populaires sont faux et ne méritent pas d'être défendus, lorsqu'ils nous conseillent de satisfaire à tous les caprices, à toutes les envies des femmes enceintes, car s'il est des cas où les objets de convoitise peuvent n'avoir aucun mauvais effet, il en est, au contraire, où ils peuvent avoir pour la mère et l'enfant les plus funestes conséquences.

Les remèdes à donner doivent être proportionnés à l'époque de la grossesse, au tempérament de la femme et à ses habitudes. Peu de médicaments sont nécessaires, on devra veiller à la liberté du ventre et conseiller quelques boissons amères; on a préconisé la saignée chez les femmes robustes, mais je n'en conçois pas l'utilité. On a quelquefois obtenu quelque avantage de l'emploi de l'opium et de l'éther. Si les sécrétions de l'estomac sont acides, on administrera quelques alcalins, des absorbants. L'alimentation sera douce et nourrissante, on préfèrera le biscuit au pain, et la malade fera beaucoup d'exercice en plein air.

Si tous les efforts échouent, il ne faut pourtant pas perdre tout espoir, un peu de temps fera ce que nous n'avons pu faire. Presque toujours ces appétits désordonnés ou capricieux, ces envies, cessent vers le quatrième mois de la grossesse.

CHAPITRE II

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS (1)

Dans le chapitre précédent, nous avons mentionné l'irritabilité de l'estomac comme une des conséquences de l'irritation réflexe produite

(1) Bibliographie : Lobstein, 1823. — Dance, *Répertoire général d'anatomie et de physiologie*, 1827, t. II, et *Arch. gén. de méd.*, 1827. — Schwelbach, thèse de Strasbourg, 1847. — Chailly, *Bulletin de thérapeutique*, 1844, et *Traité de l'art des accouchements*, 4e édition. Paris, 1860. — Vigla, *Gazette des hôpitaux*, 1846. — Danyau, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1851-1852, t. XVII, p. 494 et 552. — Delbet, thèse. Paris, 1854. — Cartaya, thèse. Paris, 1855. — Fabre, thèse. Paris, 1856. — Davasse, *Des vomissements dits incoercibles*. Paris, 1857. — Gueniot, *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse*. Thèse pour l'agrégation, 1862.

par la grossesse. Cette irritabilité se traduit par des nausées et des vomissements auxquels on a donné le nom de *maladie du matin,* et que l'on regarde généralement comme une preuve manifeste de grossesse. Quant à l'époque précise et aux heures où ces accidents se produisent, il y a de nombreuses variétés : généralement c'est vers la quatrième ou cinquième semaine que les troubles de l'estomac se manifestent. C'est le matin, au moment du lever, que les nausées et les vomissements se produisent. Le malaise dure de dix minutes à une heure, puis disparaît complétement, la malade déjeune et n'éprouve plus de la journée aucun malaise. Ces attaques se renouvellent chaque matin avec plus ou moins d'intensité pendant six semaines ou deux mois, puis ils disparaissent graduellement sans laisser aucune conséquence fâcheuse. C'est ainsi, du moins, que se passent les choses dans les cas ordinaires; mais il y a de nombreuses exceptions.

1° Quelquefois il n'y a pas du tout de vomissements. J'ai vu de nombreux faits de ce genre, et tous les médecins ont pu en observer comme moi. D'autres fois les vomissements commencent immédiatement après la conception. De la Motte (1) dit avoir vu un cas dans lequel les vomissements commencèrent le jour même de la conception, et van Swieten a observé un fait semblable. Montgomery a vu aussi une dame chez laquelle les vomissements commencèrent le jour de la conception. Il dit avoir vu aussi une jeune femme qui, mariée le lundi, commença à vomir le samedi. Son accouchement eut lieu juste au bout de neuf mois (2).

2° Les vomissements peuvent ne commencer qu'au sixième ou septième mois de la grossesse, ce qui a été attribué par Gardien à la position spéciale de la matrice. Il fait observer que les vomissements se produisent quelquefois au septième mois chez les femmes qui portent leur enfant très-haut et dont par conséquent l'utérus est placé perpendiculairement. En pareil cas, les vomissements tiennent à la compression de l'estomac par la matrice, et ils ne cessent qu'avec l'accouchement (3).

3e Au lieu que la femme soit malade au moment de son lever, j'en ai vu qui ne l'étaient qu'après un repas. Quelquefois même elles ne le sont qu'au moment de se coucher. En pareil cas, le malaise dure toute la nuit, et au contraire la journée est assez bonne.

4° Les vomissements du matin peuvent se prolonger pendant toute la grossesse.

5° Enfin le malaise peut commencer le matin, persister toute la journée et une partie de la nuit, et il peut en être ainsi pendant les neuf mois.

A l'exception de ces deux derniers cas, les différences que nous avons signalées sont peu importantes. J'ai cependant souvent remarqué que

(1) De la Motte, *Traité de l'art des accouchements naturels.* Paris, 1765.
(2) Montgomery, *Signs and symptoms of pregnancy*, p. 53.
(3) Gardien, *Traité des accouchements,* vol. II, p. 49.

quand les vomissements sont irréguliers, il y a aussi d'autres irrégularités entre autres en ce qui touche l'époque où la femme sent remuer.

Quand l'irritabilité de l'estomac devient très-grande et persistante au point que toute nourriture soit rejetée, il peut en résulter des conséquences sérieuses. La privation de nourriture serait déjà à elle seule un accident grave chez une femme enceinte; si l'on ajoute la complication d'une irritation constante, il en résultera une série de symptômes généraux qui sont heureusement rares et dont la gravité est en rapport avec la persistance des vomissements. Ces malades maigrissent considérablement, elles sont affaissées sur elles-mêmes, épuisées, les yeux s'enfoncent, les joues se creusent, elles perdent toute force physique et toute énergie morale. Le pouls est accéléré, mais très-faible, la langue est sèche et chargée, l'appétit fait place à du dégoût pour toute espèce d'aliments, il y a une constipation opiniâtre, l'aspect de la malade exprime une souffrance profonde, la nature des vomissements varie beaucoup, ce sont des glaires ou de l'eau, ils sont jaunes, verts, bleus ou noirâtres. Cela dépend de l'état particulier de la membrane muqueuse. Ces vomissements peuvent persister pendant plus ou moins longtemps. Quelquefois ils s'arrêtent spontanément; d'autres fois, comme l'a mentionné le docteur Burns, ils cessent après la mort du fœtus. Ce fait n'est cependant pas constant. Enfin, ils peuvent persister jusqu'à la fin de la grossesse, à moins qu'un avortement n'ait lieu.

Dans quelques cas, la malade ne peut résister à ces causes d'épuisement, et elle meurt avant les neuf mois, soit par un épuisement graduel, soit subitement. Davis a rapporté à ce sujet un fait très-intéressant emprunté à Haughton.

Observation I. — Je fus appelé par une dame qui à sa première et à sa seconde grossesse eut des vomissements tellement opiniâtres que rien ne put les arrêter avant l'accouchement. A l'une des grossesses, elle put aller jusqu'à son époque normale ; à l'autre, elle n'alla que jusqu'à sept mois; mais dans les deux cas elle fut de même guérie par l'accouchement. Pendant la seconde grossesse, les vomissements n'avaient pas été très-violents. Quand je la vis, elle était à son quatrième enfant et au sixième mois. Le médecin qui lui donnait des soins l'avait parfaitement bien traitée, mais sans succès. Je fis moi-même plusieurs prescriptions qui ne réussirent pas mieux. Nous conseillâmes la campagne, mais elle n'alla pas plus loin qu'Islington. Elle était au septième mois, les accidents s'aggravèrent, mais en même temps changèrent de caractère; les vomissements étaient très-violents et intermittents. L'intermittence ne durait que peu de temps et se terminait par une violente diarrhée. Si l'on avait recours aux moyens ordinaires pour arrêter cette diarrhée, les vomissements revenaient immédiatement. Elle alla ainsi jusqu'à un épuisement considérable. J'exprimai alors à sa mère le désir de provoquer l'accouchement. Le moyen fut adopté. Je fis donc mettre la malade dans un bain de siége chaud qui ne fit qu'augmenter les accidents sans pro-

duire ce que j'espérais. Cette dame était au milieu du septième mois, et bien évidemment elle ne pouvait vivre encore six semaines. Je proposai des moyens plus actifs ; mais, ne voulant pas prendre toute la responsabilité sur moi-même, j'appelai un de mes confrères. Mon confrère entra tout à fait dans mes idées, mais il ne crut pas le danger aussi pressant et fut d'avis d'attendre encore une quinzaine. Je combattis vivement son opinion sans pouvoir le convaincre. Le soir, quand nous nous revîmes, la malade avait, malheureusement pour elle, conservé une demi-livre de nourriture. Mon confrère n'en fut que plus d'avis d'attendre, bien que je lui expliquasse que c'était un intervalle trompeur qui se terminerait par la diarrhée. Il en fut en effet ainsi, et le jour suivant la malade était dans un état très-grave. Selon moi, elle était perdue : on pouvait encore tenter l'accouchement prématuré, mais il était trop tard. Il fut de cet avis, et deux jours après la malade était morte. Je ne crois pas que l'on puisse affirmer qu'avec l'accouchement prématuré on aurait sauvé cette femme ; mais, fait à temps, il lui aurait certainement donné de grandes chances (1).

Ashwell rapporte un cas qui lui a été raconté par Marshall-Hall, qui se termina fatalement au septième mois, malgré le traitement le plus rationnel (2).

J'emprunte à Dance (3) les cas suivants :

Observation II. — *Vomissements opiniâtres sans fièvre, suivis de la mort après trois mois de durée ; grossesse de trois mois et demi ; inflammation de la membrane caduque ; aucune lésion dans l'estomac.* — Sophie Pépin, âgée de vingt et un ans, maigre, nerveuse, irritable, entra à l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1826. Depuis trois mois et demi, les règles n'avaient pas paru, et peu de temps après, pesanteur et douleur à la région épigastrique, altération notable dans la santé ; depuis deux mois environ, vomissements presque continuels qui rejettent toute espèce d'aliment solide ou liquide, ainsi que les boissons ; dès lors l'amaigrissement a fait des progrès rapides. La malade se plaint d'un goût de fadeur qui semble partir de l'estomac, et cependant la langue est molle, humide, large, sans rougeur sur les bords, couverte à sa base d'un enduit muqueux ; le médecin qui a vu la malade en ville n'a jamais observé de fièvre, et il n'y en a pas non plus à son entrée à l'hôpital. Région épigastrique indolore à la pression, sans tension ni dureté contre nature ; on y sent seulement des battements assez violents qui paraissent provenir du tronc cœliaque. Sommeil interrompu, agité ; constipation habituelle ; les vomissements surviennent indifféremment la nuit ou le jour, ils sont précédés d'un sentiment incommode de tournoiement dans l'épigastre, et consistent en un liquide légèrement verdâtre, transparent, et en petite quantité.

La malade ne pense pas que la suppression des règles dépende d'un com-

(1) Davis, *Hist. méd.*, vol. II, p. 871.
(2) Ashwell, *On parturition*, p. 194.
(3) Dance, *Vomissements opiniâtres survenus au commencement de la grossesse et paraissant dépendre d'un état morbide de l'utérus et des produits de la conception* (*Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XIV, p. 245).

mencement de grossesse; l'hypogastre n'offre aucune tuméfaction particulière ; on avait employé contre les vomissements, et infructueusement, l'application de sangsues à l'épigastre, l'usage de la glace sur cette même région, et à l'intérieur. Le 16 avril, on essaye la potion anti-émétique de Rivière, qui ne produit aucun effet. Le 17, un emplâtre thériacal fortement opiacé sur l'épigastre n'empêche pas non plus le retour des vomissements. On mit ensuite en usage successivement, et sans plus de succès, l'eau de Seltz gommée, l'oxyde de bismuth à la dose de 6 grains, la magnésie, les pastilles de bicarbonate de soude ; on revint à la glace, aux sangsues, et enfin on appliqua sur le creux de l'estomac un vésicatoire, tout fut inutile. Vers la fin du mois de mai, l'état de la malade s'aggrava sensiblement, l'amaigrissement avait fait des progrès considérables ; l'hypogastre commença alors à être soulevé par une tumeur arrondie dont le volume s'accrut de jour en jour, et confirma les soupçons qu'on avait eus d'abord sur l'existence d'une grossesse. Enfin, la mort arriva le 2 juin, à onze heures du matin.

Ouverture du cadavre, vingt-deux heures après la mort. — Faible roideur cadavérique, légères excoriations au sacrum. Les organes des cavités crânienne et thoracique n'offrent aucune trace d'altération.

Abdomen. — L'estomac ne présentait aucune altération notable ; on remarquait seulement à son intérieur une légère teinte ardoisée, mais sans ramollissement ou autre lésion de la membrane muqueuse. Le reste du tube digestif était sain. L'utérus s'élevait de 2 pouces environ au-dessus du pubis; ses parois étaient tellement molles et flasques, que le contact des intestins grêles semblait y avoir déterminé des dépressions ; d'ailleurs, leur tissu n'offrait aucune altération évidente. Les membranes du fœtus que contenait l'organe étaient également transparentes dans toute leur étendue ; mais entre l'utérus et la membrane caduque, ou plutôt entre les cellulosités de cette membrane, on voyait des concrétions pseudo-membraneuses, blanchâtres, assez résistantes, comme infiltrées dans un tissu spongieux, formant une couche d'une à deux lignes d'épaisseur, et entièrement semblables à une fausse membrane pleurétique. Entre le placenta et l'utérus existait également une couche de pus concret qu'on soulevait sous forme de flocons jaunâtres. Le placenta lui-même adhérait faiblement à la matrice, avait 2 pouces de diamètre et contenait très-peu de sang. Le cordon ombilical avait huit pouces de longueur, et s'enroulait 2 fois autour du cou de l'embryon qui avait 6 pouces de long : son épiderme ne se détachait pas du reste de la peau, les chairs étaient fermes, et il paraissait avoir vécu autant que sa mère. Quant à l'utérus, il avait 6 pouces 3 lignes d'étendue de l'orifice interne du col à son bas-fond ; le col formait un renflement arrondi et cylindrique, terminé du côté de l'utérus par un rétrécissement assez droit; cette conformation singulière lui donnait une forme assez analogue à celle du gland du pénis. Il avait un pouce de longueur, et sa cavité renfermait une matière gélatiniforme.

Observation III. — *Vomissements opiniâtres dès le commencement de la grossesse, mortels après trois mois et demi de durée. Mollesse et amincissement anormal des parois de l'utérus ; engorgement sanguin de son tissu et de la membrane caduque ; conformation particulière de son col ; très-faibles lésions dans l'estomac.* — Aglaé Leroy, âgée de vingt ans, couturière, non mariée, brune, colorée,

cheveux noirs, seins volumineux, n'eut pas ses règles à l'époque ordinaire, le 20 novembre 1824. Peu après, malaise, céphalalgie, anorexie, nausées, vomissements de matières bilieuses. Au commencement de décembre, vomitif qui n'apporte aucun soulagement, non plus que quelques sangsues appliquées plus tard à l'épigastre. Elle entre à l'hôpital le 8 décembre 1821. On apprend alors qu'elle s'est exposée à devenir enceinte, et l'on soupçonne une grossesse commençante. Vomissements fréquents de matières jaunâtres, nulle chaleur à la peau, nulle fréquence du pouls, épigastre légèrement douloureux à la pression, langue humide, faiblement rouge sur ses bords; deux ventouses sur l'épigastre; nulle amélioration. Les vomissements contre lesquels on administra successivement et inutilement les différents moyens indiqués dans l'observation précédente, diminuèrent sensiblement le 17 janvier et jusqu'à la fin de ce mois, sous l'influence de la magnésie; mais ils reparurent au commencement de février avec leur première intensité, sans que ce médicament, même à haute dose, pût produire dès lors aucun amendement. L'estomac ne pouvait conserver aucune espèce d'aliments. L'état de la malade ne tarda pas à s'aggraver, et le 13 février elle succomba sans éprouver ni délire ni convulsions. Six jours auparavant on avait touché la malade afin d'explorer l'état de l'utérus, et l'on avait trouvé son col plus bas que d'habitude, et son corps plus pesant commençant à proéminer au-dessus des pubis.

Ouverture du cadavre le 14. — Faible roideur cadavérique; marasme avancé; aucune lésion appréciable dans les organes des cavités crânienne et thoracique.

Cavité abdominale. — La membrane muqueuse de l'estomac paraît être dans son état naturel, à l'exception de quelques pointillures rouges dans sa portion cardiaque. Le bas-fond de sa cavité contient 4 à 5 onces d'un liquide fortement coloré par la bile, et qui a teint de la même couleur la membrane muqueuse qui semble ramollie, mais seulement dans les points que touchait ce liquide, car une ligne au delà de cette membrane présentait sa couleur et sa densité accoutumées, ce qui a porté naturellement à penser que ce ramollissement était purement cadavérique et le résultat d'une sorte d'imbibition mécanique; le reste du canal intestinal est dans l'état sain. L'utérus commençait à faire saillie au-dessus du pubis, il avait 5 pouces et demi de hauteur sur trois pouces de large au niveau de son bas-fond; en palpant cet organe, on le trouvait flasque comme une vessie à moitié remplie de liquide; ses parois avaient à peine une ligne et demie d'épaisseur, elles étaient très-molles, et le siége d'un engorgement sanguin qui donnait au tissu de l'utérus une teinte rouge violacée qui s'étendait jusque dans les cellulosités de la membrane caduque utérine. Les membranes de l'œuf étaient très-transparentes, et laissèrent facilement apercevoir l'embryon, dont la tête correspondait au bas-fond de l'utérus; le tronc fléchi en avant, et sa partie antérieure regardant la fosse cotyloïdienne gauche; le placenta s'insérait au côté gauche et inférieur de la cavité utérine; le cordon s'enroulait, mais sans le serrer, autour du cou de l'embryon, qui avait les dimensions d'un embryon de trois mois environ; le col utérin ressemblait à un petit mamelon très-dur et régulier dans son contour; il avait à peine 3 lignes de longueur, quoique l'époque présumée de la grossesse ne fît pas supposer qu'il eût déjà prêté au développement de la matrice; le chorion et l'amnios n'offraient aucune lésion apparente.

Je ne doute pas que l'on ne puisse ajouter que l'on pourrait citer encore beaucoup de faits semblables, entre autres celui du célèbre auteur de *Jane Eyre*. Je n'en rapporterai qu'un que j'ai observé moi-même.

Observation IV. — Une dame âgée de quarante ans avait eu antérieurement cinq enfants et était à quatre mois de grossesse. Au début, elle avait eu des vomissements qui persistaient toute la journée et l'empêchaient de prendre aucune nourriture. Par intervalles, cependant, elle était mieux et elle n'était pas excessivement maigre. Après une période d'intermittence, ces vomissements reparurent avec une telle intensité pendant plusieurs heures, que tout à coup elle se trouva mal; les vomissements s'arrêtèrent, le pouls devint très-petit et très-rapide, toute la surface du corps était froide, les lèvres seules étaient encore rouges, mais tout le reste de la figure rappelait l'aspect des cholériques. Grâce à l'emploi de stimulants énergiques, la malade revint à elle, et pour quelques jours parut être mieux. Puis les vomissements se reproduisirent, elle eut une nouvelle syncope et mourut un jour ou deux après la première syncope. Le fœtus avait été expulsé sans hémorrhagie. J'ai beaucoup regretté de n'avoir pu faire l'autopsie, qui m'aurait sans doute éclairé sur les causes de sa mort. Ce n'était pas une hémorrhagie interne, car l'utérus se contracta normalement et expulsa le placenta sans caillot. Ce ne fut pas non plus une rupture d'aucun organe abdominal, car il n'y eut pas de péritonite. Il n'y avait pas de maladie de cœur, du moins on n'en put reconnaître aucune ni par l'ausculation ni par la percussion. Enfin, ce n'était pas un épuisement excessif, car la malade n'était que peu amaigrie. Il n'y avait pas de hernie, et l'intégrité parfaite des fonctions intellectuelles excluait toute idée d'affection cérébrale.

Dans l'ignorance où nous sommes des causes de la mort, ce fait n'est pas aussi utile qu'il aurait pu l'être; il nous démontre seulement que les malades atteintes de vomissements excessifs peuvent mourir subitement. J'ai vu depuis quatre faits semblables. Paul Dubois (1) a rapporté que dans une période de treize ans il a vu mourir vingt femmes. Le professeur Stoltz (2) dit aussi que la mort en pareil cas est plus fréquente qu'on ne l'aurait cru, et il rapporte trois faits qui sont venus à sa connaissance.

§ I. — Causes.

Dans les cas simples, le vomissement est dû à l'irritation réflexe ayant pour point de départ l'utérus, et principalement le col. Le plus souvent l'estomac est parfaitement sain. Sans aucun doute, la constitution a une grande influence. On a supposé que l'état pléthorique était une cause. Carus dit qu'une autre cause souvent liée à celle-ci est la plénitude du

(1) P. Dubois, *Gazette médicale de Paris*, 1848, n° 23.
(2) Stoltz, *Gazette médicale de Paris*, 1852.

système de la veine porte. Quand les vomissements se produisent pour la première fois, vers la fin de la grossesse, ils sont dus en partie à l'irritation réflexe et en partie à la pression mécanique de l'utérus sur l'estomac. Siebold (1), Carus (2) et quelques autres auteurs, ont supposé que dans les cas de vomissements graves l'estomac s'enflammait. Mais, à en juger par les cas que j'ai observés, cette assertion me paraît erronée.

Jusqu'à quel point les vomissements dépendent-ils d'un état anormal de l'utérus? C'est ce que nous sommes peu à même de décider. Burns fait observer que les vomissements opiniâtres ont paru tenir à un état morbide de l'utérus, lequel a été trouvé après la mort légèrement enflammé. On a même trouvé entre la surface de l'utérus et les membranes du pus, bien qu'il n'y ait pas eu de douleur pendant la vie au niveau de cet organe. Les parois sont molles, flasques, il y a par place une exsudation fibrineuse au-dessous de la caduque. L'estomac est sonore et quelquefois le siége de douleurs (3). Dans un des cas rapportés par Dance (4), les parois de l'utérus étaient molles et flasques, mais sans aucun changement appréciable dans la structure. Entre les membranes fœtales et la matrice, il y avait une couche de plusieurs lignes formée par des fausses membranes et ressemblant exactement aux fausses membranes de la pleurésie. On en trouva de même entre le placenta et l'utérus, mais il y avait de plus épanchement de pus. Dans d'autres cas, les parois de l'utérus étaient extrêmement minces, d'une ligne d'épaisseur au plus. Elles étaient de même très-molles, infiltrées de sang, mais sans fausses membranes.

De ces faits et d'autres semblables, on peut regarder comme établi que la mort est quelquefois la conséquence des vomissements sans qu'il y ait coïncidence d'affections organiques.

Clay, de Manchester (1), a publié trois faits pour prouver que cet état particulier de ramollissement et d'irritatation du col utérin est la cause de ces vomissements graves; et, d'après mes propres observations, je serais porté à lui donner raison. Parmi les causes accidentelles, nous pouvons placer les odeurs, les coups, les frayeurs, l'usage d'une nourriture peu digestive, ou la langueur des intestins. On ne doit, je crois, attribuer que peu d'importance aux sécrétions stomacales.

[[Graily-Hewitt (6) a publié en 1871 un mémoire dans lequel il cherche à démontrer que les vomissements de la grossesse se rencontrent surtout avec les flexions de l'organe, plus rarement dans les ulcérations de l'ori-

(1) Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 10.
(2) Carus, *Gynæcologie*, vol. II, p. 198.
(3) Burns, *The Principles of midwifery*, p. 254.
(4) Dance, *Vomissements opiniâtres* (*Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XIV, p. 245).
(5) Clay, *On the severe and obstinate vomiting of the latter month of pregnancy.*
(6) Graily-Hewitt, *The vomiting of pregnancy, its causes and treatment* (*transactions of the obstetrical society of London*, vol. XIII, 1871, p. 103).

fice du col. A l'appui de cette idée, l'auteur cite un cas type d'antéflexion de l'utérus existant avant la fécondation ; une fois la conception effectuée, les vomissements prirent une forme incoercible qui céda par un traitement dirigé contre la position vicieuse ; il cite aussi des cas de rétroflexion, mais ceux-ci sont rares, la rétroflexion étant un obstacle plus grand que l'antéflexion, à la fécondation.

Il explique alors le vomissement en admettant que les nerfs contenus dans le tissu utérin sont comprimés au niveau de la flexion ; c'est là d'après Graily-Hewitt la cause de l'irritation primitive qui est le point de départ d'une action reflexe aboutissant à des contractions stomacales.]]

§ II. — Symptômes.

Les observations que j'ai rapportées présentent une description si nette des symptômes observés dans les cas de vomissements graves, qu'il est inutile de les répéter ici. L'épuisement, la dépression allant jusqu'à l'agonie, l'agitation incessante, les efforts continuels de vomissements, l'agitation et la petitesse du pouls, l'absence complète de sommeil, l'expression de faiblesse et d'abattement, tels sont, à divers degrés, les symptômes que l'on observe à mesure que la malade approche de la terminaison fatale.

§ III. — Diagnostic.

Le premier point dont il faille s'assurer toutes les fois qu'il y a des vomissements répétés, est de savoir s'ils tiennent à une grossesse ou à une maladie. S'ils ont lieu le matin et que les règles manquent, s'il y a en même temps les signes du côté de l'aréole et du mamelon, si le sein est plus volumineux, on doit soupçonner une grossesse sans l'affirmer. Quand les vomissements sont fréquents et opiniâtres, sans autre signe de maladie de l'estomac et avec les symptômes correspondant à la période supposée de la grossesse, il y a encore lieu de croire à cet état physiologique. L'inutilité du traitement ordinaire a encore une valeur, et d'ailleurs je pense que pour un praticien expérimenté l'ensemble général des phénomènes est très-différent quand il s'agit d'une grossesse ou quand il y a maladie de l'estomac. Nous devons, du reste, renvoyer ici le lecteur aux symptômes ordinaires de la grossesse.

§ IV. — Traitement.

Le choix des moyens dépend beaucoup de la constitution de la femme, du caractère de la maladie et de la période de la grossesse. Dans les cas peu graves, à une période peu avancée, il est inutile d'employer aucun traitement. Quand les vomissements sont plus sérieux, il faut encore essayer de l'expectation, d'autant plus que dans la majorité des cas les vo-

missements cessent après le troisième ou le quatrième mois. Il est probable que, quand l'estomac est troublé par les aliments qu'il contient ou quand ces aliments sont peu digestifs, les vomissements modérés sont plutôt utiles. Les nausées sont plus fatigantes que les vomissements, et, en pareil cas, Denman et Blundell conseillent de l'émétique à petite dose.

Quand les vomissements sont assez graves pour nécessiter l'intervention du médecin, si la malade est pléthorique, une saignée est utile, mais ce moyen ne peut être employé qu'au début, la malade s'affaiblissant rapidement par la persistance des accidents. Mauriceau (1) rapporte un cas de vomissements violents compliqués de convulsions au second mois de la grossesse, qui guérirent après qu'on eut pratiqué une saignée du bras.

Dans un autre cas, les vomissements se produisirent dans le neuvième mois de la grossesse et furent guéris par deux saignées du bras suivies de lavements opiacés.

Smellie (2) rapporte plusieurs faits semblables.

Manning recommande ce traitement aux époques des règles. Burns est convaincu de ce traitement. « On dégage ainsi, dit-il, le point d'origine de la huitième paire de nerfs sous la dépendance desquels se trouve l'estomac. C'est ainsi, du reste, que l'on fait cesser les vomissements dans les affections cérébrales. La saignée agit de même sur le grand sympathique et sur le plexus cœliaque qui est en sympathie intime avec le plexus utérin (3). »

Campbell dit à ce sujet : « L'irritabilité qui se manifeste pendant les premiers mois de la grossesse doit être attribuée à la suppression d'une hémorrhagie habituelle. Le meilleur moyen de la faire disparaître sera donc la saignée. Si la malade peut la supporter, et s'il n'y a d'ailleurs d'autre part contre-indication, on devra chaque mois, à peu près à l'époque des règles, tirer 4 à 6 palettes de sang. Si la femme est trop délicate pour supporter ce traitement, ou si elle a horreur de la saignée, il faudra appliquer un nombre équivalent de sangsues sur la région épigastrique ou dans les aines (4).» Il vaut mieux faire de petites saignées répétées que de tirer d'un seul coup une grande quantité de sang. On administrera en même temps des purgatifs doux de manière à entretenir la liberté du ventre ; des dérivatifs sur l'épigastre, tels qu'un vésicatoire, des sinapismes, des applications de térébenthine, seront très-utiles. Bretonneau (5) s'est très-bien trouvé de frictions sur l'abdomen avec un onguent composé d'un cinquième de belladone. Si les vomissements ne sont pas très-intenses,

(1) Mauriceau, *Maladies des femmes grosses*, vol. II, p. 21-310.

(2) Smellie, *A Treatise on the theory and practice of midwifery*. London, 1779, vol. II, p. 83-84.

(3) Burns, *The Principles of midwifery*, p. 253.

(4) Champbell, *Midwifery*, p. 321.

(5) Bretonneau, *Bulletin de thérapeutique*, août 1840.

des boissons gazeuses peuvent suffire. Au besoin, on ajoutera quelques gouttes de laudanum. Les narcotiques ont souvent réussi, surtout après la saignée ; mais il faut ensuite combattre par des lavements la constipation qu'ils produisent.

[[J'ai rapporté page 796, une observation de vomissements incoercibles qui ont paru s'arrêter sous l'influence de la mixture suivante :

℞ Eau distillée.....	20 grammes.
Chlorhydrate de morphine.....	0,05 centigrammes.

A prendre 20 gouttes de cette mixture toutes les deux heures.]]

On peut appliquer sur la région de l'estomac une compresse imbibée de laudanum, et Heberden a préconisé ce moyen. On peut donner encore l'opium dans un lavement d'amidon ou d'eau tiède. Denman en craint les effets sur le fœtus ; mais je n'ai pas vu de fait qui justifie ses craintes. Simpson a réussi à arrêter des vomissements par l'inhalation de vapeurs de laudanum (1).

On a essayé sans profit diverses espèces de médicaments antispasmodiques. Il serait aussi difficile qu'inutile d'énumérer tous les moyens qui ont été employés contre cette terrible maladie. Quand les vomissements sont acides, on se trouve bien de l'usage du charbon et de substances alcalines : si l'on échoue, on a recours aux acides. Dewees (2) dit que l'on a employé les acides minéraux ou végétaux avec un succès égal. En général, les végétaux méritent la préférence, à cause des dents. Il dit s'être bien trouvé d'avoir maintenu plusieurs jours de suite les malades à l'usage de la limonade. Une dame, entre autres, mangeait chaque jour une douzaine de citrons, et pas autre chose. Elle se guérit de cette manière.

A l'égard du charbon, Blundell dit qu'encouragé par les expériences d'un de ses amis à l'hôpital de New-York, il a fait usage de ce médicament et n'a eu qu'à s'en louer. La méthode d'administration est de le réduire en poudre très-fine, dont on fait prendre 20 grains toutes les deux ou trois heures, jusqu'à ce que les vomissements diminuent et que les selles deviennent très-noires (3).

L'acide prussique, à la dose de 2 à 5 gouttes dans un mucilage, a été essayé par Waller et Blundell; on y revient plusieurs fois par jour. Des amers, principalement des infusions de columbo, sont quelquefois utiles. Manning a conseillé une infusion de menthe verte. L'eau glacée arrête quelquefois les vomissements et, en tout cas, est excessivement agréable aux malades.

Lucien Corvisart (4) a recommandé la pepsine à la dose de 0gr,50.

(1) Simpson, *Edinburgh month. Journ.*, avril 1847.
(2) Dewees, *Compendium of midwifery*, p. 111.
(3) Blundell, *Principles and pract. of obstetric*, p. 178.
(4) Reveil, *Formulaire raisonné des médicaments nouveaux*, 2e édit. 1865, p. 86.

M. Baudot (1) rapporte deux faits à l'appui, M. Gentilis (2) en rapporte un troisième dans lesquels la pepsine aurait réussi.

Simpson vante aussi l'oxalate de cérium.

J'ai essayé tous ces médicaments, tantôt ils ont réussi, tantôt ils ont échoué.

J'ai cru aussi réussir avec des insufflations d'acide carbonique dans le vagin, avec des applications opiacées sur le col utérin.

[[Si l'on admet avec Graily-Hewitt que les vomissements sont dus à une flexion de l'organe, il faudra faire coucher la malade sur le dos dans le cas d'antéflexion, afin de diminuer la courbure de l'utérus ; on pourra aussi employer des pessaires dans le but de faire disparaître la déviation ; mais il faut se rappeler que dans certains cas, les pessaires peuvent occasionner des fausses couches.]]

Dans tous les cas, l'alimentation doit être légère, très-peu abondante pour chaque repas, administrée à l'heure où l'estomac semble le moins irritable. Pas de stimulants d'aucun genre. Il faut réduire la quantité de nourriture au strict nécessaire ; il faut même quelquefois nourrir les malades avec des lavements. Hildanus a rapporté l'histoire d'une femme qui, pendant cinq semaines de suite, vomissait tout ce qu'elle mangeait ; on soutint ses forces avec des lavements ; à la fin elle guérit et devint mère d'un bel enfant (3).

Ashwell(4) conseille des lavements de thé de bœuf et de gelée de viande. Dans un cas, concurremment avec les lavements, il avait prescrit de donner, après une forte dose d'opium, une cuillerée à café d'eau de gomme ou d'eau de Seltz et du lait toutes les dix minutes. Dans le courant de la journée, l'eau de gomme fut souvent remplacée par le lait et la malade se rétablit. De petites doses de magnésie calcinée deux ou trois fois par jour dans du lait seront souvent utiles en entretenant la liberté des intestins. Les malades éprouveront toujours un grand soulagement à garder la position horizontale. Clay a beaucoup insisté sur ce point.

S'il y a des symptômes inflammatoires du côté de l'estomac, il faut avoir recours aux moyens antiphlogistiques ordinaires, la saignée, les sangsues, les vésicatoires, suivant l'état de la malade. Même traitement si le foie s'enflamme, ce qui n'est pas rare. Si les vomissements se produisent dans les derniers mois, ils sont le résultat de la compression et on peut avoir recours aux bandages pour abaisser la matrice. Mais ce moyen est dangereux ; on arrive au même résultat en faisant changer de position.

La seule énumération de tous ces modes de traitement prouve que la maladie est difficile à combattre. Quelquefois on réussit complétement, d'autres fois le succès n'est que temporaire, enfin on peut échouer entiè-

(1) Baudot, *Union médicale*, avril 1860.
(2) Gentilis, *Gazette des hôpitaux*, mai 1860.
(3) *Principles and pract. of obst.*, p. 180.
(4) Ashwell, *On parturition*, p. 193.

rement. Ces derniers cas sont en général ceux dans lesquels les vomissements sont les plus violents et les plus continus; ce sont ceux, par conséquent, dans lesquels la malade souffre le plus. Épuisée par des efforts constants, par l'impossibilité de garder aucune nourriture, la malade n'a plus d'autre issue que la mort pour elle et pour son enfant.

Selon moi, on est alors parfaitement en droit d'avoir recours à tout moyen qui ne compromettra pas la vie de la mère, dût la vie de l'enfant en souffrir. Il n'y a pas de choix possible entre la vie de la mère et celle de son enfant, et d'ailleurs si la femme meurt, l'enfant la suivra toujours.

Denman a le premier proposé, en pareil cas, l'accouchement prématuré, et ses idées ont été acceptées par les hommes qui font autorité dans la science.

Samuel Merriman a rapporté un cas de succès dans la pratique d'un chirurgien de province (1).

Burns rapporte l'histoire d'une dame chez laquelle on fut obligé, deux fois de suite, de provoquer ainsi un accouchement prématuré (2).

Davis (3) a pratiqué trois fois cette opération en pareil cas.

En présence de ces divers faits, Ashwell (4) et Blundell sont donc bien d'avis qu'il faut, quand tous les autres moyens ont échoué, en venir à l'accouchement provoqué. « Toutefois, ajoute Blundell (5), il y a de grands dangers à redouter et dont on doit avertir la famille. Une femme déjà très-épuisée pourrait facilement succomber à une hémorrhagie, et l'avortement est une cause d'hémorrhagie. Ensuite les positions des enfants sont loin d'être toujours favorables. C'est un pied, un bras, une épaule, un rein, ce sont les fesses qui se trouvent au centre du bassin, et ces positions peuvent encore compromettre la vie des enfants. »

Garraway (6) (de Fivertham) a publié une observation d'un cas très-grave de vomissements, pour lequel il fut deux fois forcé de pratiquer l'accouchement prématuré. La première fois tout marcha bien; mais à la deuxième fois, la malade, qui était sans doute épuisée par les douleurs antérieures, mourut tout à coup.

Paul Dubois (7) a eu quatre fois l'occasion de pratiquer cette opération en très-peu de temps. Il a perdu trois malades et sauvé la quatrième. W. Harris (8) rapporte un fait très-grave dans lequel la malade ne dut la vie qu'à l'accouchement prématuré.

(1) Merriman, *Cases of premature labour artificially induced in women with distorted pelvis, to which are subjoined some observations* (*Medico-chirurgical Transactions* London, 1816, vol. III, 2e édition, p. 139.
(2) Burns, *Midwifery*, p. 254.
(3) Davis, *Obstetric medicine*, t. II, p. 871.
(4) Ashwell, *On parturition*, p. 194.
(5) Blundell, *Principles and pract. of obstetr.*, p. 181.
(6) Garraway, *Brit. med. Journ.*, 3 octobre 1857, p. 829.
(7) P. Dubois, *Gazette médicale*. Paris, 1848.
(8) Harris, *Philadelphia medical Examiner*, février 1856.

A tous ces cas, j'en ajouterai deux autres qui se sont présentés à moi et qui démontrent toute la valeur de l'opération, bien que les résultats ne soient pas également heureux :

Observation V. — Madame W..., âgée de vingt-six ans, d'une bonne santé et d'une bonne constitution, mariée depuis six ans et mère de deux enfants. En juin ou juillet 1846, elle devint enceinte pour la troisième fois. Les vomissements du matin commencèrent à l'époque habituelle et durèrent le temps ordinaire. Dans la nuit du 20 août, elle fut brusquement réveillée par un grand bruit et eut une peur extrême. Dès le jour suivant, elle avait des douleurs de tête, des palpitations, de l'anorexie. Le malaise se prolongea. Au bout de quelques jours, la plupart des symptômes avaient cédé, mais les nausées et la perte d'appétit continuèrent. Le docteur Maguire fut appelé en consultation le 1er septembre. Les efforts de vomissement étaient incessants et les matières vomies étaient brunes. La langue était nette et humide, les intestins en bon état, le pouls rapide. On ordonna pour la nuit des boissons gazeuses avec quelques gouttes de laudanum. Le jour suivant elle était dans le même état. Les vomissements n'avaient pas cédé, les matières rejetées étaient quelquefois vertes et quelquefois brunes; la malade accusait un violent mal de tête; la face était rouge et congestionnée, le pouls fort et rapide. On fit une saignée de 300 grammes, on appliqua un sinapisme de moutarde sur le creux de l'estomac, un lavement purgatif fut administré et les boissons gazeuses furent continuées. Le sang ne présentait comme aspect rien de spécial. Le 3 septembre, les vomissements continuèrent, la malade se plaignait d'une sensibilité très-grande à la pression au niveau de la région épigastrique. Il y avait de violentes pulsations à l'épigastre; 12 sangsues furent immédiatement appliquées, puis un cataplasme avec des fomentations émollientes. On prescrit un lavement d'assa-fœtida et de térébenthine et des boissons froides. Le 4 septembre, les sangsues ont apporté un soulagement notable, les vomissements continuent, mais ne sont plus aussi violents; le pouls est rapide, mais assez plein. La malade accuse de l'oppression au niveau de la région précordiale, le ventre est libre; on prescrit une dose modérée de muriate de morphine toutes les deux heures; les fomentations et les sinapismes seront renouvelés le soir. La morphine donna pendant le jour quelques instants de sommeil sans arrêter les vomissements; tout ce qui était pris était rejeté immédiatement. Le 5 septembre, les vomissements sont si abondants, que le docteur Maguire m'appelle auprès de sa malade. L'estomac rejetait immédiatement tout ce qu'on lui faisait prendre, les nausées étaient continues et très-violentes, à ce point que la malade trouvait encore un soulagement à vomir. Son malaise était impossible à décrire : tantôt se roulant et se tordant sur son lit, tantôt se plaçant sur ses genoux, la tête renversée et poussant des cris d'angoisse. Le pouls était à 120, petit; mais, sans être faible, elle était épuisée et avait maigri considérablement. Il y avait de la sensibilité au niveau de l'estomac, mais non dans la région utérine. Je ne pus entendre ni les battements du fœtus, ni le souffle placentaire. On appliqua des sangsues, des vésicatoires, des sinapismes, des cataplasmes; on fit prendre de l'opium, de la créosote, de l'acide prussique, du calcium, de la glace, des alcalins, des acides, du charbon, etc., le tout sans effet. Les vomissements continuèrent avec la même

violence jusqu'au 19 octobre, époque à laquelle sa situation était réellement pitoyable. On ne peut trouver de mot pour rendre l'état d'agonie dans lequel cette femme se trouvait. Quand elle ne vomissait pas, elle endurait des tortures encore plus grandes par suite des nausées. Elle se roulait dans son lit, elle se jetait violemment sur le parquet, elle suppliait sans cesse qu'on vînt à son secours; ses yeux enfoncés étaient hagards, tout son corps n'était plus formé que de peau et d'os. Le pouls était à 130 et très-faible; elle ne pouvait dormir et avait par instant des crises de suffocation. Il était évident qu'à moins d'un secours très-prompt la malade allait succomber. Il ne restait plus qu'un seul moyen, l'accouchement prématuré, auquel nous nous décidâmes après mûre réflexion, tout en nous rendant bien compte de la lourde responsabilité que nous assumions. Nous administrâmes à plusieurs fois de l'ergot de seigle, et une bougie fut introduite dans l'utérus. Ce ne fut qu'au bout de quatre jours que le fœtus fut expulsé. La malade était dans un état d'épuisement des plus alarmants. Les vomissements ne se reproduisirent que trois fois après l'accouchement, et quinze jours après la malade était en convalescence. On ne peut douter que dans ce cas l'opération a sauvé la vie de cette femme.

Observation VI. — Le 12 décembre 1847, je fus appelé par M. Young auprès de madame S.... Elle était âgée de quarante ans, avait eu antérieurement six enfants et avait joui d'une bonne santé jusqu'à il y a sept semaines. A cette époque, elle fut atteinte de dyssenterie qui fut guérie par le traitement habituel, mais à laquelle succédèrent des vomissements incessants. Pendant les semaines qui avaient précédé ma visite, elle n'avait rien pu conserver dans son estomac, et elle était réduite au dernier degré de faiblesse et d'épuisement. La maigreur était encore plus grande que dans le cas précédent; elle était retenue au lit nuit et jour tourmentée par les efforts de vomissements. Le pouls était à 120 et à peine sensible. J'examinai avec soin tous les organes et ne pus découvrir aucune maladie; je crus cependant reconnaître une tuméfaction derrière les pubis et je demandai à la malade si elle était enceinte. Elle ne le croyait pas, bien que les règles fussent supprimées depuis quatre mois. Il n'existait aucun autre symptôme de grossesse. Après un examen attentif, je fus cependant porté à diagnostiquer une grossesse et à regarder les vomissements comme une conséquence de cet état. Tous les remèdes ordinaires ayant été essayés par M. Young et par d'autres médecins, je proposai l'accouchement prématuré. Une bougie fut introduite dans l'utérus et un petit tampon de charpie placé dans le col. Le lendemain matin, j'eus le plaisir de constater que des contractions utérines s'étaient produites et que la malade était accouchée sans hémorrhagie et avec peu de douleur d'un fœtus de trois mois. Depuis lors, les vomissements cessèrent entièrement, la malade put reprendre de la nourriture, et deux jours après elle était en très-bonne voie. Mais elle fut alors prise d'une diarrhée opiniâtre et continue à laquelle elle succomba quatre jours après son accouchement.

Ce fait présente plusieurs faits fort intéressants :

1° C'est un nouvel exemple de malade réduite au dernier degré par des vomissements liés à une grossesse. Au moment de l'opération, bien que les vomissements fussent moins anciens, elle était beaucoup plus mal que la malade précédente.

2° Le diagnostic présentait une difficulté inaccoutumée. La malade approchait de l'âge de la ménopause; elle ne se croyait pas elle-même enceinte, elle n'avait d'autre symptôme que les vomissements et l'absence des règles. Les vomissements étaient venus à la suite d'une dyssenterie. Il n'y avait donc qu'une simple probabilité de grossesse.

3° Le succès de l'opération fut complet, en ce qui regarde les vomissements. La malade put reprendre des boissons et des aliments, et ne vomit plus. Mais l'épuisement était si grand qu'elle ne put résister à la diarrhée. Il est probable que, si l'opération eût été pratiquée plus tôt, la malade ne serait pas morte.

[[Le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, a publié un cas de vomissements incoercibles pendant la grossesse, où l'auteur montre que l'avortement provoqué a fait immédiatement cesser les vomissements, mais qui se termina néanmoins d'une manière fatale à cause de l'affaiblissement trop considérable de la malade. Ce chirurgien distingué fait remarquer que dans ces cas, il vaut mieux agir plus tôt que plus tard, l'affaiblissement rendant beaucoup plus grave une opération qui, dans les premiers mois de la grossesse, comme dans le cas qu'il décrit, est toujours dangereuse (1).]]

En présence des faits que nous avons rapportés, l'accouchement prématuré est pleinement justifié. Il reste une dernière question. A quelle époque faut-il agir, et quel doit être l'état de la femme pour justifier l'opération? Il ne faut pas non plus perdre de vue l'époque de la grossesse et l'avenir de l'enfant. Si, par exemple, on peut obtenir un soulagement temporaire et retarder ainsi l'opération sans danger pour la mère jusqu'à une époque où l'enfant sera viable, au prix de faire souffrir une femme, on doit cependant attendre. Mais si la mère souffre continuellement, si ses forces s'épuisent rapidement, si, en un mot, la vie est en danger, il faut agir sans s'inquiéter de l'enfant à quelque période que l'on soit. Il faut, d'ailleurs, se rappeler que si l'on attend trop longtemps, la malade est encore en danger de mort, même après l'opération.

Il faut donc tout à la fois de l'intelligence et de la fermeté pour saisir le moment favorable. Si l'on agit trop tôt, on tue l'enfant sans nécessité; si l'on agit trop tard, on risque la vie de la mère. Je pense que, dans un grand nombre de cas, les femmes sont mortes parce que l'on avait trop attendu. Suivant Paul Dubois (2), le moment pour agir est indiqué par les signes suivants :

1° Des vomissements presque incessants, qui font rejeter toute espèce d'aliments, quelquefois la moindre goutte d'eau;

2° La faiblesse et l'épuisement qui condamnent la malade à un repos absolu;

3° Les syncopes sous l'influence du moindre mouvement ou de la moindre émotion morale;

(1) Notta, *Observation de vomissements incoercibles* (*Union médicale*, 1872, p. 867).
(2) P. Dubois, *Gazette médicale de Paris*, 1848, n° 23.

4° Une altération marquée dans les traits;
5° Un état fébrile et continu;
6° La fétidité de l'haleine;
7° L'insuccès de tout autre moyen de traitement.

Ce n'est pas ici le lieu de s'étendre sur les divers procédés pour provoquer un accouchement prématuré. On peut employer les douches, la ponction des membranes, l'introduction d'une éponge préparée dans le col et administrer en même temps de l'ergot de seigle. J'ajouterai seulement qu'une fois que les vomissements ont cessé, le régime doit être très-modéré par crainte de la diarrhée.

CHAPITRE III

CARDIALAGIE. — PYROSIS. — CRAMPES DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM. — HÉMATÉMÈSES

ARTICLE PREMIER

CARDIALGIE. — PYROSIS

Beaucoup de femmes sont atteintes de ces formes de névralgies pendant leurs grossesses, mais à des degrés très-différents. Les douleurs peuvent se déclarer à une période peu avancée et figurent même quelquefois parmi les symptômes du début, auxquels les femmes reconnaissent leur état (1). En général, cependant, ce n'est que dans la deuxième moitié de leur période de grossesse que ces accidents deviennent très-pénibles (2). La cardialgie et le pyrosis semblent n'être que des formes différentes d'une même maladie. Les femmes nerveuses et hystériques sont surtout exposées à ce genre de désordre.

§ I. — Causes.

On ne peut mettre en doute que certains aliments ne produisent ou du moins n'aggravent ces douleurs. Quoique le plus souvent elles soient dues à la sympathie qui existe entre l'estomac et l'utérus, on les a attribuées à une altération morbide du suc gastrique ou de la bile (3).

Burns rapporte le pyrosis à une affection compliquée de la huitième paire. Les émotions morales ou un dérangement des intestins peuvent donner lieu à ces douleurs.

(1) Dewess, *Compendium of midwifery*, p. 112.
(2) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p. 394.
(3) Gardien, *Traité des accouchements*, vol. II, p. 58.

§ II. — Symptômes.

La malade se plaint de douleurs et de chaleurs dans le creux de l'estomac; les douleurs se prolongent le long de l'œsophage et sont accompagnées d'éructations amères ou acides. L'action de manger augmente notablement les symptômes. Dans le pyrosis, la sensation de brûlure est beaucoup plus vive et plus étendue et se complique d'éructations aqueuses plus abondantes, d'où vient le nom vulgaire d'aigreurs. Il y a des tiraillements pénibles qui vont de l'estomac jusqu'à l'épine dorsale; quelquefois il y a des vomissements. Le liquide rejeté peut être bilieux ou simplement aqueux; quelquefois il est plus amer, acide et parfois tellement âcre qu'il donne lieu à des excoriations de la bouche ou de la gorge. Dans les cas ordinaires, il n'y a pas de troubles constitutionnels; exceptionnellement l'appétit est diminué ou les douleurs sont tellement vives que la malade s'abstient volontairement de manger. Capuron (1) a signalé dans les cas graves de la raideur dans les articulations, une fatigue générale, des sueurs froides, du trouble dans la circulation et la respiration, l'impossibilité de la déglutition, une constipation opiniâtre. Les lavements ne combattent qu'à grand'peine la constipation et ramènent seulement des matières dures et noires. Enfin, suivant Boerhaave, la malade peut mourir après une agonie de moins de trois heures.

§ III. — Diagnostic.

Il est important de ne pas confondre l'inflammation de la muqueuse de l'estomac ou de l'œsophage avec la cardialgie. Dans le premier cas les accidents sont continus et donnent lieu à de la fièvre; dans le second la douleur et la chaleur sont accidentelles, disparaissent spontanément et ne sont pas accompagnées de fièvre. Enfin l'existence d'une grossesse est une forte présomption en faveur de la cardialgie ou du pyrosis.

§ IV. — Traitement.

Au début, on peut faire disparaître les accidents par un changement de régime, de l'exercice au grand air, une dérivation légère sur le creux de l'estomac; souvent une légère dose de magnésie suffit. Capuron dit que chez les femmes hystériques, au début de la grossesse, le régime, l'exercice au grand air, des bains, des fomentations sur le creux de l'estomac, et enfin des narcotiques antispasmodiques suffisent pour amener la guérison. Mais si la maladie est idiopathique, si elle tient à la présence des matières acides ou nuisibles dans l'estomac, comme cela arrive dans le pyrosis, il faut d'abord débarrasser l'estomac, puis administrer des

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 383.

toniques. Gardien est du même avis. Dans la cardialgie et le pyrosis, qui sont deux degrés différents d'une même maladie, les indications sont de deux ordres : on diminue les accidents en neutralisant les acides de l'estomac, on guérit complétement en les expulsant. Quand la sensation de brûlure est très-vive, il est prudent d'employer d'abord des moyens adoucissants et antispasmodiques et de prescrire des boissons abondantes. Quand les douleurs sont dues à la présence d'un acide, il faut commencer par les absorbants (1). Dans les cas plus graves on se trouve bien de l'emploi de la magnésie, soit seule, soit combinée avec de l'ammoniaque.

Denmann (2) recommande beaucoup la formule de James Sims :

℞ Magnésie calcinée.....	4	grammes.
Eau ammoniacale.....	4	—
Eau de cannelle.....	12	—
Eau pure.....	100	—

Prendre deux ou trois fois par jour de ce mélange en cas de cardialgie.

On prescrit encore de l'eau de chaux, des préparations de craie (3), de la liqueur de potasse avec un mélange ou mucilage de craie, de l'eau de potasse ou de soude (4), divers acides (5). Denmann et Capuron ont conseillé l'administration de temps en temps d'un émétique. Il faut, dans tous les cas, faire attention à l'état des intestins et l'on prescrira des laxatifs, tels que de la rhubarbe, de la magnésie, des pilules d'aloès, des extraits composés de coloquinte. Dans quelques cas la douleur est assez vive pour exiger l'emploi de l'opium (6), ou même on est forcé de retirer une certaine quantité de sang. On se trouve bien encore d'appliquer au creux de l'estomac ou entre les épaules un vésicatoire volant. On fait des frictions sur l'abdomen avec un liniment calmant; quand l'estomac est affaibli, on a recommandé les amers.

ARTICLE II

CRAMPES DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM

Sous ce nom, Burns a décrit une maladie qui est très-fréquente chez les femmes enceintes. Elle consiste en une douleur analogue aux crampes siégeant dans la région de l'estomac et du duodénum, donnant lieu à des souffrances considérables et même amenant quelquefois l'avortement (7).

(1) Gardien, *Traité des accouchements*, vol. II, p. 59.
(2) Denmann, *Midwifery*, p. 115.
(3) Ashwell, *On parturition*, p. 169.
(4) Campbell, *Midwifery*, p. 523.
(5) Dewees, *Midwifery*, p. 113.
(6) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p, 394.
(7) Burns, *Midwifery*, by Dewees, p. 256.

§ I. — Causes.

Cette douleur dépend probablement de l'état des intestins ou bien peut être causée par des écarts de régime ou par des émotions morales. Dans quelques cas cependant, c'est une affection moins simple, compliquée de congestion vers la tête, de convulsions symptomatiques et tenant à un ramollissement d'une partie de la moelle.

§ II. — Traitement.

Le but que l'on doit d'abord se proposer est de calmer la douleur par l'emploi du laudanum et de l'éther à haute dose. Une fois ce but atteint, on peut chercher à combattre la cause et à corriger les troubles intestinaux. Burns recommande les pilules d'aloès, qui cependant, en beaucoup de cas, peuvent ne pas convenir. S'il y a, comme cela arrive souvent chez les femmes enceintes, des hémorrhoïdes, l'aloès est plus nuisible qu'utile; l'électuaire de soufre et de séné, l'huile de ricin conviennent mieux. Dans les intervalles des crises, des toniques, tels que l'oxyde de bismuth ou les préparations de fer, trouvent leur indication ; on peut appliquer sur l'estomac un emplâtre de belladone et d'opium ou même un vésicatoire. Si la crise est très-violente, on fait une saignée ou l'on applique des sangsues sur l'épigastre. Il y a surtout lieu de le faire quand il y a des symptômes de congestion vers la tête; c'est encore plus, en pareil cas, pour combattre l'affection cérébrale que la maladie de l'estomac.

ARTICLE III

HÉMATÉMÈSE OU VOMISSEMENT DE SANG

Dans quelques cas rares, les femmes ont pendant les premiers mois de leur grossesse des vomissements de sang. Il est rare que ces vomissements soient abondants et qu'ils durent longtemps. Cet accident ne présente d'ordinaire aucun danger, mais il effraye considérablement la malade. Dans un grand nombre de cas, ce n'est qu'une menstruation supplémentaire.

§ I. — Causes.

Les causes sont une pléthore générale ou locale, ou bien l'hématémèse paraît immédiatement après la conception par suite de la suppression brusque des menstrues. Dans quelques cas elle est la suite des efforts violents de vomissements.

§ II. — Traitement.

La première chose à faire est de désemplir le système circulatoire par une saignée ou des sangsues. Cela fait, on applique des vésicatoires sur le creux de l'estomac et l'on prescrit des purgatifs, des acides et des astringents. Si l'hémorrhagie paraît pendant le travail ou si les douleurs et la dilatation se produisent prématurément par suite même de cette hémorrhagie, il faut hâter l'accouchement (1).

CHAPITRE IV

CONSTIPATION. — DIARRHÉE (2)

ARTICLE PREMIER.

CONSTIPATION

Rien de plus ordinaire que de voir les fonctions des intestins se modifier entièrement pendant la grossesse. Les femmes qui allaient régulièrement à la selle ou qui étaient même relâchées deviennent tellement constipées qu'il faut avoir sans cesse recours aux purgatifs. Cet état, dit-on, se produit surtout chez les femmes d'une constitution bilieuse. Dans les cas ordinaires, il y a un intervalle de trois ou quatre jours dans les selles ; mais quand les femmes sont négligentes, elles peuvent rester jusqu'à huit, quinze jours et même trois semaines dans cet état. Il y a des exemples de femmes (3) chez lesquelles les matières étaient devenues si dures qu'on avait été obligé de les entraîner avec les doigts et avec des instruments. Capuron (4) dit avoir vu, avec Pelletan et Dubois, une femme qui resta trois mois sans aller à la garde-robe. Campbell (5) dit avoir vu chez une femme une telle distension des intestins que les médecins croyaient à l'existence d'un autre enfant. Il examina par le vagin et trouva le rectum distendu jusqu'à présenter le volume d'une demi-bouteille. Cette femme mourut de péritonite. Pendant la vie, le côlon et le rectum avaient été vidés par les lavements, mais à l'autopsie on retira de l'intestin grêle 14 pintes de liquide fécal.

Quand la constipation est moins prononcée, elle est un inconvénient

(1) Burns, *Midwifery*, p. 265.

(2) Pour plus de détails, nous renverrons le lecteur aux traités des maladies de l'estomac. — Voyez Valleix, *Guide du médecin praticien*, 5e édition. Paris, 1866, t. III.

(3) *Histoire de l'Académie des sciences.*

(4) Capuron, *Traité des maladies des femmes.* Paris, 1812, p. 367.

(5) Campbell, *Midwifery*, p. 524.

fort gênant, mais qui n'est pas grave. Elle peut n'exister qu'au début ou à la fin de la grossesse; elle peut aussi tourmenter les malades pendant les neuf mois.

§ I. — Causes.

Quelques auteurs considèrent la constipation comme produite par la pression de l'utérus sur les intestins. D'autres la regardent comme le résultat d'un affaiblissement dans la vitalité des organes. Imbert dit à ce sujet que cette compression est assurément très-rare. Quand l'utérus est dans le bassin, il n'est pas assez volumineux pour oblitérer le rectum. Plus tard, quand il a dépassé le détroit supérieur, les intestins ne peuvent être comprimés au point d'être oblitérés. Il faudrait donc admettre que la constipation est le résultat d'une lésion vitale, la suite d'un trouble dans l'innervation (1). Ces deux causes générales peuvent avoir leur influence qu'on peut assurément bien nettement définir.

Siebold a signalé un mode spécial de compression dont les auteurs n'avaient pas parlé : ce serait par le sommet de la tête du fœtus contre l'une ou l'autre des symphyses iliaques, dans la troisième ou quatrième position de Nægelé. Il a aussi attribué la constipation à une crampe des intestins. Elle peut tenir, dit-il : 1° au surcroît d'activité du système génital et à la diminution d'activité des intestins;

2° A des écarts de régime;

3° A la pression de l'utérus augmenté de volume ;

4° A la pression de la partie postérieure de la tête, sur les intestins, dans la troisième et dans la quatrième position;

5° A des crampes produites par un accroissement d'activité des fonctions intestinales ;

6° Aux habitudes de paresse et de nonchalance des femmes (2).

§ II. — Symptômes.

Dans les cas peu graves, il n'y a que peu de symptômes dont il faille se préoccuper : un malaise général, des maux de tête, un accroissement dans la température générale, tous ces symptômes disparaissent une fois que la femme a été à la garde-robe. Même dans les cas où l'accumulation des fèces est considérable, on peut être trompé par l'absence de malaise très-accusé et par ce fait que les malades rendent chaque jour des selles liquides. Très-souvent, dit Denmann, la constipation peut passer inaperçue; car, bien que les matières endurcies forment une masse considérable, il se peut que chaque jour la malade rende quelques matières liquides qui passent à travers un canal formé dans le centre des matières accumulées,

(1) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p. 364.
(2) Siebold's *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 38.

ou bien entre les matières et les parois intestinales ; on ne soupçonne le véritable état des choses qu'au moment où l'on examine directement par l'anus.

Cependant dans la majorité des cas où la constipation est obstinée et très-prolongée, les symptômes sont assez accusés pour ne pas échapper à l'attention des médecins. La malade accuse des maux de tête, de l'insomnie, des rêvasseries, de l'agitation et un malaise général. Elle éprouve une irritation générale de tout l'organisme. L'estomac est troublé, l'appétit diminué, et il y a souvent des vomissements. Il y a des douleurs abdominales, de l'irritation de la muqueuse intestinale, du ténesme et un écoulement muqueux teinté de sang. En même temps, des évacuations liquides qui alternent avec le rejet des scybales dures. — « L'utérus peut se déplacer, les veines des extrémités inférieures se gonflent, le travail se trouve même gêné ; les douleurs sont irrégulières et ne portent pas, le fœtus éprouve des difficultés à passer, et, après l'accouchement, il y a tout lieu de craindre une fièvre puerpérale, surtout en temps d'épidémie (1). » Quelquefois aussi les douleurs éprouvées pour aller à la garde-robe peuvent faire croire à un début du travail, et il y a lieu de craindre un avortement ou un accouchement prématuré par suite des efforts violents que la femme est obligée de faire.

Dans tous les cas où l'on soupçonne une accumulation des matières fécales, il faut examiner avec soin, et l'on trouve, s'il existe, un rétrécissement du vagin par suite de la distension du rectum. Dans les cas où il y a avec les scybales des matières liquides, on sent le long de la masse indurée des matières liquides (2). Si l'on n'apporte au mal un prompt remède, il se produit de l'inflammation et de la fièvre, et même les parties peuvent se sphacéler. Burns fait observer « que, si l'on considère les effets de la constipation non-seulement chez les femmes enceintes, mais chez tout le monde en général, il faut d'abord tenir compte des effets produits sur le rectum, puis des effets secondaires produits par action réflexe ou sympathique. »

Au moment du travail, le passage de la tête peut être retardé ou même empêché complétement jusqu'à ce que, par des moyens mécaniques, les matières fécales aient été tout à fait enlevées, et, une fois l'accouchement fait, la convalescence devient difficile. Des masses de matières descendant des intestins causent des douleurs très-vives et donnent lieu à une inflammation péritonéale qui devient quelquefois fatale.

§ III. — Traitement.

Le premier devoir des médecins est de prévenir la constipation par les moyens que nous avons indiqués dans nos conditions préliminaires. Mais

(1) Siebold's *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 39.
(2) Davis, *Obstetric medicine*, p. 873.

très-souvent on n'est consulté que quand cette constipation est déjà parfaitement établie, ou du moins quand la malade commence à s'effrayer ; on ne peut pas demander que les intestins soient absolument dans le même état qu'en temps ordinaire : il faut accorder une certaine tolérance. Il ne faut donc pas intervenir activement dans les cas modérés, ou, si on le fait, il faut employer des moyens très-doux. Habituer les intestins à n'agir que sous l'influence de purgatifs, c'est aggraver le désordre que l'on cherche à faire disparaître. Dans la plupart des cas, il faut prescrire un peu de manne, de la magnésie, de la rhubarbe, de l'huile de ricin, de l'extrait de coloquinte, concurremment avec des lavements d'eau chaude ou d'eau froide. Le régime alimentaire doit être surveillé avec soin. Si la constipation résiste, il faut employer des purgatifs et des lavements plus énergiques. Il faut surtout, une fois une garde-robe obtenue, prévenir un nouvel encombrement, par ces mêmes purgatifs et par des lavements. Si, après l'évacuation, il reste de l'inflammation, on peut donner un peu de magnésie ou, suivant les cas, une faible dose d'opium que l'on fait suivre d'un laxatif doux; s'il y a beaucoup d'irritation avec de la fièvre et de la sensibilité du ventre, on peut être forcé de faire une saignée.

Si toutes les purgations sont impuissantes, il ne reste plus qu'un moyen, c'est d'extraire mécaniquement les matières après les avoir ramollies par des lavements, et c'est surtout ce que l'on doit faire si la malade est en travail. Une fois l'accouchement terminé, il faut avoir grand soin d'éviter tout ce qui pourrait causer de l'irritation, et cependant il faut chercher à produire une évacuation.

ARTICLE II

DIARRHÉE

Nous venons de dire que la plupart des femmes enceintes sont plus ou moins constipées; il faut cependant savoir que l'état inverse peut aussi se présenter, et l'on voit certaines femmes qui, à l'état ordinaire, sont obligées de prendre des médecines ou des lavements, et n'ont plus besoin de ces ressources, une fois qu'elles sont grosses. Quelquefois même on en voit qui sont atteintes de diarrhées, soit passagèrement, soit d'une manière constante. Les diarrhées sont la suite de la constipation ou alternent avec cette disposition. Quelquefois il y a diarrhée et constipation tout à la fois; l'extrémité inférieure des intestins est enflammée pendant que les matières fécales s'accumulent en grandes quantités au-dessus du siége de l'irritation. La diarrhée peut se produire à toutes les périodes de la grossesse, quelquefois elle se manifeste si près du moment de la conception qu'elle en constitue le premier symptôme. Elle reparaît ensuite tous les mois comme pourrait le faire un écoulement supplémentaire. C'est ce qui se produisait dans le fait suivant.

Observation I. — Une dame, d'un tempérament bilieux, mais d'une constitution très-molle, était atteinte à chaque grossesse d'une diarrhée abondante, immédiatement au début de la grossesse. Cette diarrhée se reproduisait avec une régularité constante, chaque mois, pendant toute la grossesse. Elle éprouvait en même temps de violentes douleurs d'estomac. Le retour de cette diarrhée périodique fut toujours pour cette dame un signe indubitable de grossesse. Les accidents continuaient pendant sept à huit jours de suite à chaque crise, et il y avait de 14 à 25 selles copieuses. Bien qu'elle mangeât très-peu, elle était cependant très-vive et jouissait d'une excellente santé. Cette dame avait déjà trois enfants. A la première grossesse, on lui fit prendre divers remèdes pour arrêter la diarrhée, mais ils produisirent un si mauvais effet qu'on s'empressa de les suspendre. Dans l'intervalle des grossesses, cette dame était très-bien réglée et très-abondamment. La première semaine, jusqu'à ce que la diarrhée parût, elle avait des pertes blanches abondantes, puis ces pertes s'arrêtaient pour ne plus reparaître (1).

§ I. — Causes.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, la diarrhée peut être un effet de la conception, et persister comme un symptôme constitutionnel, ou bien elle peut se produire à la suite de la constipation, d'un refroidissement, ce à quoi les femmes enceintes sont assez sujettes à la suite d'une émotion morale, d'une inflammation de la muqueuse intestinale.

§ II. — Symptômes.

Les selles varient beaucoup comme fréquence et comme quantité. Il peut y avoir deux ou trois évacuations très-abondantes ou bien dix ou quinze plus petites. Elles peuvent être aqueuses, noirâtres, infectes et même très-âcres. Les attaques peu graves sont sans douleurs. Les attaques graves sont, au contraire, accompagnées d'horribles souffrances. Parfois il y a du ténesme. Quand l'attaque est légère, il y a peu de retentissement sur l'économie générale. La malade est faible, languissante, mais sans fièvre. Quand la membrane muqueuse s'enflamme et s'ulcère, les douleurs sont intolérables; le pouls devient rapide, la langue sèche, la peau chaude, il y a une soif ardente, l'appétit diminue, et souvent même il y a des vomissements. Dans les cas rebelles, la diarrhée plus encore que la constipation donne lieu à des fausses couches, surtout aux environs du troisième mois. Cet accident peut devenir mortel pour la mère, soit avant, soit après l'accouchement.

§ III. — Diagnostic.

Il est important, au point de vue du traitement, de distinguer la *diarrhée qui n'est qu'une hypersécrétion* de la membrane muqueuse de la *diarrhée*

(1) Romelius, *Miscellanea curiosa, sive Ephem. medico-physic. Germ. Academiæ naturæ curiosorum*, 2 déc., 5e ann., p. 303. — Davis, *Obst. medic.*, t. II.

inflammatoire, et l'on y arrive en observant les effets de ces deux affections diverses sur la constitution. La première espèce de diarrhée ne produit que peu ou même pas d'effet; la seconde produit une perturbation considérable.

§ IV. Traitement.

Il n'est pas toujours prudent d'arrêter ces diarrhées trop subitement, surtout quand elles sont périodiques. On peut se contenter de les restreindre, ce à quoi on arrive généralement par un mélange de craie, soit seule, soit combinée avec de la poudre de kino ou de cachou. Quelquefois de petites doses de mercure et de craie avec la poudre de Dower sont préférables. On peut aussi prescrire l'opium soit seul, soit combiné avec du plomb. Un procédé très-bon est d'administrer l'opium en lavement. Si les selles, quoique nombreuses, sont insuffisantes, de l'huile de ricin avec 20 ou 30 gouttes de laudanum soulageront le malade. Dans les cas graves une saignée du bras, des sangsues à l'anus administrées en même temps que des purgatifs doux, peuvent être indiquées.

Burns dit que de petites doses de rhubarbe apportent souvent un grand soulagement et que, à l'occasion, il peut être bon d'ajouter à la rhubarbe un grain d'ipécacuanha; quand l'irritation et la fièvre commencent à tomber, on prescrit des lavements adoucissants. Parfois des vésicatoires doivent être appliqués. La malade sera entièrement couverte de flanelle. Le régime alimentaire sera doux quoique nutritif; j'ai reconnu que la diète lactée était souvent très-utile et agréable aux malades.

CHAPITRE V

ICTÈRE, OU JAUNISSE

L'ictère est une affection qui se développe le plus fréquemment dans les derniers mois de la grossesse, bien qu'elle puisse aussi de temps en temps survenir à une période peu avancée (1). On dit que les femmes blondes y sont plus sujettes que les brunes, et que la maladie est plus fréquente en hiver qu'en été. Quelquefois la jaunisse disparaît après avoir duré peu de temps, mais en général elle dure jusqu'à la fin de la gestation.

§ I. — Causes.

Les causes prochaines peuvent varier. La jaunisse peut être produite : 1° Par la *pression de l'utérus* ou des *intestins sur le conduit biliaire* (2).

(1) Perfect, *Cases*, 97. — M'Clintock et Hardy, p. 51.
(2) Blundell, *Obstetricy*, p. 198. — Campbell, *Midwifery*, p. 527.

Telle est probablement la cause principale à une période avancée de la grossesse; mais au début, quand l'utérus est encore dans le bassin, il faut évidemment chercher une autre cause à la jaunisse;

2° Dans ces cas, la jaunisse est probablement due à la *sympathie qui existe entre les voies biliaires et l'utérus;*

3° Par la *présence d'un obstacle dans la vésicule biliaire*, tel qu'un calcul qui gênerait le passage de la bile dans le canal (1);

4° Dans quelques cas, par une *hypertrophie congestive du foie*, laquelle semble continuer pendant toute la grossesse et se termine en même temps qu'elle;

5° Par une *maladie idiopathique du foie*, telle que de l'inflammation;

6° Par un *refroidissement*, une *impression morale vive.*

§ II. — Symptômes.

Dans la plupart des cas, on reconnaît que la malade a souffert antérieurement de troubles de l'estomac et des intestins. Chez quelques femmes l'ictère apparaît après une crise de vomissements et s'accompagne d'une pesanteur et d'une tumeur dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Chez d'autres, il n'y a pas de symptômes précurseurs. En général, l'ictère n'entraîne pas de grands troubles dans la santé. Quelquefois il y a de la toux, de la perte d'appétit, une douleur dans le côté droit, des urines colorées, de la constipation et un mouvement de fièvre. Quand l'inflammation attaque le foie pendant la grossesse, elle s'accompagne des symptômes ordinaires, tels que : langue chargée, accélération du pouls, douleur vive, sensibilité à la pression, etc. Quelquefois les désordres du côté de l'estomac et des intestins continuent et aggravent les souffrances des malades, d'autres fois elles cèdent après peu de jours. Dans les cas graves, l'avortement peut survenir, bien que le fait soit rare pendant les premiers mois de la grossesse.

On peut donc dire avec van Swieten (2) que les jaunisses des femmes grosses sont presque toujours fort simples.

L'inflammation du foie donnant lieu à la jaunisse peut devenir fatale pour la mère. Cependant le fait est rare (3).

Saint-Vel (4) a décrit une épidémie de jaunisse à l'île de la Réunion, en 1858.

« Cet ictère, qui offrit tous les caractères de l'ictère essentiel, surprit les médecins par son caractère épidémique et par sa gravité chez les femmes enceintes, et seulement chez elles. Il débuta à Saint-Pierre vers le milieu d'avril, atteignit toute son intensité en juin et en juillet, et se ter-

(1) Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 85.
(2) Van Swieten, *Comment. ad Boerhaave Aphor.* Edinburgh, 1776, t. III, p. 95.
(3) Ashwell, *On parturition*, p. 165.
(4) Saint-Vel, *Gazette des hôpitaux*, 20 novembre 1862.

mina par quelques cas isolés vers la fin de l'année, après avoir fait le tour de la colonie.

« Répandu sur les diverses races de la population, sur le blanc comme sur le nègre et le coolie de l'Inde, sur l'Européen comme sur le créole, il affecta l'âge adulte de préférence, et se montra sans complication du côté du foie. La terminaison fut presque constamment heureuse en dehors de la condition de grossesse. Les seules victimes furent des femmes, et parmi elles on compta trois jeunes femmes qui n'étaient pas enceintes, et une vieille fille de soixante-trois ans. Il n'y eut qu'une forme grave, toujours la même, toujours mortelle, la forme comateuse.

« Sur trente femmes enceintes atteintes d'ictère à Saint-Pierre, dix seulement arrivèrent au terme de la grossesse sans autres symptômes que ceux de l'ictère essentiel. Les vingt autres succombèrent dans le coma après l'avortement ou l'accouchement prématuré.

« Dans les cas les plus graves chez les femmes enceintes, l'ictère suivit toujours la même marche. Il se présenta constamment comme un ictère essentiel, souvent léger, jusqu'au moment où se déclarèrent l'avortement ou l'accouchement prématuré. Ces accidents ne préexistèrent jamais à l'ictère. C'était ordinairement après quinze jours, plus rarement après trois semaines de durée, que ce dernier les provoquait. Jusqu'à l'invasion du coma, les symptômes n'offraient rien de grave, rien de particulier. Le coma précédait ou suivait de quelques heures l'avortement ou l'accouchement. Il ne se montra dans deux cas que trois jours après.

« Les femmes qui y succombèrent étaient enceintes de quatre, cinq, six, sept et huit mois. Rarement un délire léger précédait le coma, qui ne s'interrompait pas un instant, devenait de plus en plus profond et ne cessait qu'avec la vie. Sa durée n'était que de quelques heures. Dans deux cas, il persista vingt-quatre et trente-six heures. Jusqu'à son début, aucune particularité à noter relativement à la sensibilité générale, à la respiration et à la circulation. Le pouls ne présentait ni accélération ni ce ralentissement qu'il offre parfois dans l'ictère. Les caractères de l'ictère grave ne se retrouvaient pas non plus, pas même l'hémorrhagie utérine. A une exception près, les femmes qui succombèrent n'eurent pas d'hémorrhagie après la délivrance, et quand la mort n'arriva que trois ou quatre jours après, les lochies étaient normales.

« Presque tous les enfants venus au monde dans ces conditions étaient mort-nés; quelques-uns vécurent un petit nombre d'heures; un seul a survécu et vit encore maintenant. Aucun ne présenta de coloration ictérique. Chez les dix autres enfants qui naquirent à terme et dont les mères étaient ictériques, il n'y avait non plus aucun signe de cette maladie. »

[Bardinet, de Limoges (1), a signalé une forme d'ictère épidémique chez les femmes enceintes. Dans le mémoire qu'il a présenté à l'Académie de médecine, il développe, en les appuyant de faits nouveaux, les propositions suivantes :

(1) Bardinet, *De l'ictère épidémique chez les femmes enceintes* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 3 novembre 1863, t. XIX, p. 117).

1° L'ictère peut se produire d'une manière épidémique chez les femmes enceintes ;

2° Il se manifeste alors à trois degrés différents ;

3° Tantôt il reste à l'état d'ictère simple ou bénin, ne contrarie en rien la grossesse, et la laisse arriver heureusement à terme ;

4° Tantôt, présentant un premier degré de malignité, il constitue ce qu'on pourrait appeler l'*ictère abortif*, et détermine soit un avortement, soit un accouchement prématuré, sans autres suites fâcheuses ;

5° D'autres fois, enfin, il prend franchement le caractère d'ictère grave ou malin et détermine des accidents ataxiques ou comateux qui entraînent rapidement la mort de la mère et de l'enfant.

Bardinet a eu l'occasion d'observer les faits sur lesquels il s'appuie dans une épidémie qui s'est développée à Limoges à la fin de 1859 et au commencement de 1860. Cette épidémie n'avait pas frappé seulement les femmes enceintes, mais elle a présenté chez celles-ci un caractère de gravité exceptionnelle qui constrastait avec la bénignité à peu près absolue qu'elle offrait chez les autres malades.]

§ III. — Diagnostic.

Il est très-important de distinguer la jaunisse qui tient à une sympathie ou à une obstruction mécanique de l'ictère inflammatoire. On modifiera son diagnostic suivant l'époque de la grossesse et suivant l'absence ou la présence de symptômes locaux. Quelques femmes, pendant leur grossesse, prennent une teinte brune, presque tout à fait jaune ; cette coloration doit être distinguée avec soin de l'ictère, elle est sans importance, n'exige aucun traitement et disparaît spontanément après l'accouchement.

§ IV. — Traitement.

Si l'ictère n'est accompagné d'aucun symptôme grave, il suffit de surveiller l'état de l'estomac et des intestins, de combattre l'irritation et d'entretenir la liberté du ventre. La coexistence d'une grossesse empêchera d'avoir recours à des moyens de traitement plus actifs ; mais on peut donner de petites doses de pilules bleues (*blue pills*) suivies d'un laxatif. Tous les deux ou trois jours on revient aux purgatifs.

S'il y a complication d'état nerveux, on administrera de l'opium ou de la poudre de Dower.

Quand l'ictère est le résultat d'une simple compression, il peut être utile de faire rester la femme couchée sur le côté gauche.

Chez les femmes pléthoriques et sanguines, il est bon de faire une application de sangsues. Si l'on a affaire à une inflammation ordinaire, il faut avoir recours aux antiphlogistiques ordinaires, suivant le degré du mal, et en tenant toujours compte de la grossesse (1).

(1) Voyez, pour plus de détails, Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, 2e édition. Paris, 1865.

SECTION II

DÉSORDRES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

CHAPITRE PREMIER

PALPITATIONS DE CŒUR. — SYNCOPES

ARTICLE PREMIER

PALPITATIONS

Presque toutes les femmes, à une période quelconque de leur grossesse, principalement celles qui sont d'une constitution nerveuse et hystérique, sont atteintes de palpitations. « Ce qu'il y a de certain, dit Capuron (1), c'est que les femmes naturellement délicates, hystériques et irritables, sont plus tourmentées de palpitations que les autres pendant la grossesse, soit qu'elles en fussent déjà incommodées avant la conception, soit que leur nouvel état ait augmenté la sensibilité qui leur est propre, soit enfin que leur estomac se remplisse alors de vents ou de flatuosités qui refoulent le diaphragme et gênent le cœur, comme dans les exemples publiés par Senac (2), Malpighi, etc. Chez quelques femmes les palpitations se font sentir immédiatement après la conception; chez d'autres c'est seulement au moment où elles sentent remuer ; chez d'autres, enfin, c'est seulement à la fin de la gestation. La crise peut être passagère, disparaître, ou bien elle peut se prolonger pendant des jours, des semaines ou même des mois. J'ai remarqué que les femmes qui ont les malaises du matin sont plus sujettes aux palpitations et aux syncopes.

§ I. — Cause.

On a dit avec raison que les palpitations sont surtout sympathiques pendant les premiers mois de la grossesse, et mécaniques pendant les derniers mois de la grossesse. Gardien (3) dit que les palpitations pendant la grossesse sont purement nerveuses et constituent l'un des nombreux symptômes de l'affection hystérique. Deux causes tenant au nouvel état physiologique des femmes font que ces palpitations sont plus fréquentes qu'à toute autre époque de la vie, et en même temps plus fatigantes. La compression de l'utérus sur les artères et veines iliaques et sur les vaisseaux

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 410.
(2) Senac, *Traité de la structure du cœur*. Paris, 1873.
(3) Gardien, *Traité des accouchements*, t. II, p. 86.

abdominaux, donne lieu à un reflux du sang vers la partie supérieure du corps. Dans les derniers mois de la grossesse, l'estomac et le diaphragme sont comprimés de bas en haut, le péricarde et le cœur sont plus ou moins déplacés, ce qui nécessairement modifie les mouvements de cet organe et les rend plus violents et irréguliers.

Campbell (1) dit que les palpitations tiennent à la compression des gros vaisseaux du cœur, ou proviennent des causes qui agissent sur le système nerveux. Les femmes les plus impressionnables ou les femmes pléthoriques sont les plus sujettes aux palpitations. Le développement progressif de l'utérus, son extension vers la cavité thoracique, l'interruption produite dans la circulation aortique par la présence d'un corps aussi volumineux et aussi lourd que la matrice, expliquent suffisamment les palpitations. Imbert nie complétement les effets de la compression, quant aux battements du cœur.

Parmi les causes productrices des palpitations, on peut citer encore les troubles de l'estomac ou des intestins, la flatulence, les gênes de la respiration, les écarts de régime. Les mouvements de l'enfant produisent encore souvent des palpitations, qui peuvent tenir aussi à la température ou à la position. Ainsi quelques femmes ne peuvent garder la position horizontale dans le lit : un changement d'un côté sur l'autre peut produire des palpitations. Siebold signale la pléthore parmi les causes les plus actives de palpitations. Enfin elles peuvent aussi être liées à une maladie organique du cœur qui se serait développée pendant la grossesse. Mais ces cas sont rares.

[[Les maladies organiques du cœur pendant la grossesse ne sont pas aussi rares que le pense M. Churchill. L'*hypertrophie du cœur* et principalement du ventricule gauche déjà signalée en 1828 par Larcher ne peut plus être mise en doute aujourd'hui et a été confirmée par les recherches de Ducrest et de Blot. A côté de cette hypertrophie, qui est le plus souvent passagère, et qui disparaît ordinairement après l'accouchement, nous devons placer l'*inflammation du muscle cardiaque* et sa *dégénérescence graisseuse*.

L'endocarde présente aussi parfois les lésions de la maladie que l'on a décrite sous le nom d'*endocardite végétante ou ulcéreuse*.

Nous ne faisons que mentionner ces lésions, qui ont été décrites avec soin par M. Ollivier (2).]]

§ II. — Symptômes.

Les palpitations peuvent survenir brusquement ou être précédées par quelque désordre fonctionnel. La malade sent son cœur frapper violem-

(1) Campbell, *Midwifery*, p. 512.
(2) Ollivier, *Maladies chroniques d'origine puerpérale* (*Archives de médecine* 1873, p. 425).

ment contre les côtes au point d'amener un ébranlement de tout le corps et de produire un certain bruit. Si ces battements continuent, les artères se prennent elles-mêmes plus ou moins, et la malade en arrive à ressentir des palpitations dans tous les membres. En général, l'action du cœur est régulière, bien qu'exagérée; dans quelque cas, cependant, il y a des intermittences. Si c'est pendant le sommeil que les palpitations se manifestent, la malade se réveille brusquement comme dans un cauchemar ; si c'est pendant la marche, elle est obligée de s'arrêter immédiatement. D'autres organes peuvent aussi participer au trouble produit par les palpitations. La respiration devient précipitée ou gênée, le système nerveux est surexcité, la malade se plaint de maux de tête, de troubles dans la vision, de bourdonnements dans les oreilles, en un mot tous les prodromes d'une apoplexie. Les palpitations coïncident fréquemment avec les troubles hystériques si fréquents pendant la gestation. En général, les palpitations ne sont pas un désordre sérieux, elles sont une gêne par suite de l'agitation qu'elles causent et des obstacles qu'elles apportent à l'exercice physique. Dans quelques cas seulement elles ont prédisposé à l'avortement. Burns dit qu'elles peuvent prédisposer à une maladie pulmonaire; mais cette assertion paraît être assez problématique.

§ III. — Traitement.

Si l'on est appelé pendant un paroxysme, le premier devoir du médecin est de placer la malade dans la position qui lui sera le plus commode, soit entièrement couchée, soit assise dans le lit. Si l'on a affaire à une femme robuste et pléthorique, la première chose à faire est de la saigner : on procure ainsi, en général, du soulagement. [[Mais nous avons vu précédemment, page 762, avec quelle réserve nous devons user de la saignée, car nous savons aujourd'hui que l'hydrémie est chez les femmes enceintes la cause la plus fréquente des troubles fonctionnels attribués jusqu'à présent à la pléthore.]] Si, au contraire, la femme est délicate et nerveuse, on prescrit des antispasmodiques, de l'éther chlorhydrique, de l'assa-fœtida, de la valériane, du camphre, etc. Les opiacés sont souvent utiles, soit seuls, soit combinés. Je me suis bien trouvé d'un emplâtre d'opium et de belladone sur la région du cœur. D'autres fois un contro-stimulant réussit mieux.

Dans les intervalles des crises, il faut donner des toniques, des préparations de fer, des antispasmodiques même, et faire des frictions stimulantes sur la colonne vertébrale. Il faut régler avec soin les repas et maintenir le ventre libre. Le régime doit être léger et substantiel, et il faut peu manger le matin. Pendant la nuit, on élèvera la tête avec des oreillers. L'exercice au grand air est indispensable ; mais il faut éviter toute cause de fatigue aussi bien que toute espèce d'émotion morale. Les vêtements doivent être disposés de manière à n'exercer aucune pression.

ARTICLE II

SYNCOPES

Les syncopes ne sont pas fréquentes pendant la grossesse, excepté peut-être à l'époque où la femme sent remuer. Cette disposition peut aussi exister soit accidentellement, soit périodiquement, surtout chez les femmes qui n'ont pas de nausées ni de vomissements. Il y a exceptionnellement des personnes qui s'évanouissent pour la moindre cause pendant toute leur grossesse. Quelquefois les femmes bien portantes sont sujettes à ces évanouissements; généralement, cependant, ce sont les femmes faibles et délicates.

§ I. — Causes.

Les palpitations prédisposent aux syncopes. Il y a en pareil cas trouble de la circulation cérébrale, soit que le cœur ou le cerveau ait été primitivement affecté. « Les syncopes arrivent si subitement au milieu d'une bonne santé apparente, qu'il est difficile de remonter à leurs causes, surtout pendant les premiers mois de la grossesse. L'utérus est alors trop peu volumineux pour que l'on puisse admettre une action directe, et ce n'est que par une influence médiate sur le système nerveux et sur la circulation générale que l'on peut s'expliquer les accidents (1). »

Les mouvements de l'enfant, bien que très-faibles, sont souvent la première cause : ils le deviennent encore plus quand ils sont plus marqués. L'absence de sommeil, la fatigue, les mouvements brusques, la vue de divers objets, des odeurs désagréables, la chaleur, l'anémie, sont encore des causes actives de cet accident.

[[Les maladies du cœur qui se produisent parfois dans le cours de la grossesse, telles que *hypertrophie, myocardite, dégénérescence graisseuse, endocardite ulcéreuse*, expliquent les syncopes qui se produisent chez un certain nombre de femmes.]]

§ II. — Symptômes.

Il y a ordinairement des prodromes, mais ils sont si passagers que la malade peut à peine en signaler l'apparition. Elle éprouve de l'ennui, de la faiblesse, une langueur générale, le besoin de bâiller ou de soupirer, les objets environnants semblent tourner autour d'elle, sa vue se trouble, tout ce qui l'entoure semble flotter devant ses yeux, la figure devient pâle, il y a des bourdonnements dans les oreilles, enfin elle s'évanouit et devient insensible. Pendant la crise, le pouls est insensible, le cœur bat

(1) Campbell, *Midwifery*, p. 511.

à peine, la respiration est presque suspendue, les muscles se relâchent et une sueur froide couvre tout le corps. Il n'y a pas de convulsion, ni d'écume à la bouche. Après un temps qui varie depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures, la respiration redevient apparente, le pouls se fait sentir, quelques couleurs animent la face, et la malade reprend connaissance. Dans certains cas, la malade ne perd pas complétement connaissance, dans d'autres elle reste plusieurs heures sans la retrouver. Quelquefois les femmes tombent dans un véritable état d'asphyxie et meurent.

Burns (1) dit avoir vu souvent des syncopes devenir fatales dès les premiers mois d'une grossesse, dans les cas où il y a une affection organique du cœur. Par exception, ce fait peut se présenter plus tardivement, au sixième mois, par exemple.

Les syncopes, quand elles sont accidentelles, n'entraînent pas de troubles chez le fœtus; mais quand elles sont fréquentes, il est évident qu'elles deviennent nuisibles, vu les rapports intimes qui existent entre la circulation de la mère et celle de l'enfant. C'est ainsi qu'on a vu survenir des avortements à la suite de syncopes répétées (2). A la fin d'une grossesse, les syncopes sont toujours à craindre, non pas tant pour leurs conséquences immédiates que pour les effets qu'elles peuvent avoir sur la convalescence une fois que l'accouchement a eu lieu.

La syncope est un accident grave au moment du travail. Quelquefois elle survient après chaque douleur et cause alors de grandes alarmes. Elle peut ne pas avoir d'influence sur les progrès de l'accouchement, comme dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer (3).

Merriman dit à ce sujet que ce sont des accidents que l'on ne doit jamais regarder avec indifférence. Un accoucheur se trouvait, dit-il, auprès d'une jeune femme enceinte de son premier enfant. Le travail était au début, il la laissa seule. En son absence, la femme eut une syncope incomplète. Quand le médecin revint près d'elle, la malade semblait entièrement rétablie, on ne s'inquiéta donc de rien, et l'accouchement fut naturel. Trois jours après, cette femme mourut subitement à la suite d'une purgation (4).

§ III. — Diagnostic.

Les syncopes tenant à un trouble fonctionnel doivent être distinguées de celles qui sont produites par une affection organique du cœur. Dans la plupart des cas, l'auscultation éclaire la question. La syncope peut être produite par une hémorrhagie interne. En pareil cas, elle est plus longue,

(1) Burns, *The principles of midwifery*, p. 264.
(2) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 414.
(3) Dewees, *Midwifery*, p. 252.
(4) Merriman, *Synopsis of difficult parturition*, p. 187.

elle s'accompagne d'une tension de l'abdomen, de douleur et de pesanteur dans la région pelvienne, d'une paleur générale très-marquée, et enfin le sang sort par le vagin. On peut distinguer la syncope de la crise hystérique par l'absence de mouvements convulsifs des membres, d'altération de la face, et d'écume à la bouche.

§ IV. — Pronostic.

Le pronostic n'est grave que dans les cas où la syncope est fréquente et prolongée; quand elle s'accompagne de maux de tête ou de symptômes d'une maladie organique.

§ V. — Traitement.

A l'instant de la crise, il faut chercher à rappeler la circulation par tous les moyens stimulants, tels que vin alcoolique, carbonate d'ammoniaque; il faut placer la malade dans une position horizontale, la tête en bas, et faire arriver un courant d'air sur la figure. Il faut cingler de l'eau froide sur la figure. Si l'insensibilité se prolonge, il faut porter la malade près du feu et la frictionner vigoureusement pour entretenir la chaleur du corps, autrement une simple syncope prolongée peut devenir mortelle. Entre les crises, il faut chercher à fortifier tout le système par une bonne hygiène, des toniques, du quinquina, de l'écorce d'oranges amères, etc. Si les palpitations ou les syncopes tiennent à une maladie organique du cœur, il faut, une fois le travail commencé, terminer promptement l'accouchement par une application de forceps. Dans un cas de maladie de la valvule mitrale, j'agis de la sorte avec un complet succès.

SECTION III

TROUBLES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

CHAPITRE PREMIER

DYSPNÉE

§ I. — Causes.

Les femmes, à toutes les périodes de leur grossesse, peuvent éprouver de la gêne dans la respiration. Quelquefois c'est dès les premiers mois, d'autres fois c'est au moment où elles sentent remuer, le plus souvent ce n'est que dans les derniers temps.

Suivant chacune de ces périodes, la cause de ces étouffements est différente.

Au début, l'affection paraît avoir un caractère hystérique. Ce n'est qu'un effet sympathique coexistant souvent avec les palpitations et un tempérament nerveux. La dyspnée se produit subitement, dure peu et n'entraîne aucun trouble constitutionnel. Capuron a remarqué qu' « il y a des femmes naturellement nerveuses qui respirent avec plus de difficulté qu'à l'ordinaire aussitôt qu'elles ont conçu; cela dépend alors d'un état de spasme ou de resserrement produit par la sympathie de la matrice avec tout l'organisme.

« D'autres n'éprouvent cette incommodité que vers le milieu de la grossesse, et ce sont principalement celles qui, douées d'une constitution pléthorique ou sanguine, rendaient auparavant beaucoup de sang à chaque période menstruelle, ou celles qui mènent une vie indolente et se livrent à la bonne chère et aux plaisirs de la table.

« Enfin il n'y a presque pas de femmes grosses dont la respiration ne soit plus ou moins gênée, surtout dans les derniers mois : c'est ce qu'on observe vers la fin de la première grossesse, parce que les parois de l'abdomen offrent alors plus de résistance et forcent la matrice de s'élever plus directement vers le diaphragme (1). »

Ce sont surtout les femmes robustes et bien portantes qui sont atteintes de dyspnée au milieu de leur grossesse. Quelques auteurs attribuent cet accident à l'inflammation pulmonaire qui, disent-ils, n'est pas rare en pareille occurrence. Imbert a signalé l'apoplexie pulmonaire comme cause de dyspnée. « La dyspnée, dit-il, que les accoucheurs rapportent à un état pléthorique, serait facilement expliquée à l'aide du stéthoscope. Des recherches à ce sujet seraient très-utiles. Beaucoup d'accoucheurs ont noté la fréquence de la pneumonie chez les femmes enceintes et les dangers qu'elle entraîne. C'est, en effet, dans ces cas que l'on rencontre ces terribles congestions connues sous le nom d'*apoplexie pulmonaire* (2). » En pareil cas, tout l'organisme est troublé, le pouls est rapide, la malade est affaissée sur elle-même et se plaint de pesanteur dans la tête.

La troisième variété de dyspnée qui se présente pendant les derniers mois de la grossesse tient à une cause mécanique ; la compression exercée par l'utérus et l'impossibilité pour la poitrine de se dilater librement. Si donc en pareil cas une inflammation survient, les souffrances de la malade sont beaucoup plus graves. Je signalerai encore comme cause de dyspnée l'existence d'une maladie organique telle que la phlébite.

Parmi les causes occasionnelles, on peut citer une fatigue extrême, des émotions morales, des affections du système circulatoire et nerveux, des sensibilités spéciales exagérées, l'impression de certaines odeurs. Une

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 431.
(2) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p. 401.

bizarre forme de cette affection produite par les odeurs a reçu le nom de *hay fever* (*fièvre de foin*). Elle se déclare pendant l'été. La malade se porte parfaitement bien à la ville ; mais, dès qu'elle va dans les champs et respire l'odeur pénétrante des foins nouveaux, elle est prise de dyspnée et ne trouve de soulagement qu'en s'éloignant.

§ II. — Pronostic.

Le pronostic de cette maladie n'est pas grave, excepté quand il existe une affection organique des poumons et du cœur.

§ III. — Traitement.

Pendant les premiers mois, quand l'étouffement est simplement nerveux, on amène du soulagement avec des antispasmodiques, des stimulants diffusibles, de la valériane, de l'éther, etc. En même temps on prescrira quelques toniques. En règle générale, la dyspnée cesse, à mesure que la grossesse avance. Quand elle tient à une congestion des poumons, une saignée peut être utile ainsi que quelques purgatifs légers. S'il y a de la pneumonie, on prescrira de l'émétique et du calomel. Les autres affections organiques doivent être traitées comme dans les cas ordinaires, il faut seulement tenir compte de la grossesse.

Quant à la dyspnée par cause mécanique, il n'y a certainement que peu de chose à faire. On change la position de la malade, on entretient le ventre libre, etc. Dans les cas comme ceux de Désormeaux, il faut se résoudre à faire un accouchement prématuré. Heureusement ces cas sont rares. Il faut toujours tenir un grand compte de l'état des fonctions digestives, éviter dans le régime tout ce qui pourrait développer un état flatulent.

CHAPITRE II

TOUX

En même temps que la dyspnée, qui a été décrite dans le chapitre précédent, mais en général indépendamment de cette dyspnée, il existe une toux très-ennuyeuse, continue ou passagère, se produisant par paroxysmes violents et qui est pour les malades une cause de gêne et de malaise. Cette toux, toute spéciale, n'existe que dans les premiers ou les derniers mois de la grossesse ; mais, bien entendu, à toutes les périodes, la malade peut être atteinte de bronchite et de toux ordinaire.

§ I. — Causes.

Pendant les premiers mois, l'affection tient à la la sympathie qui existe entre l'utérus et les organes pulmonaires ; elle est évidemment réflexe ou

spasmodique. [[La toux qui survient dans ces cas n'est point accompagnée d'expectoration ; ou, s'il existe quelques crachats, ils sont très-peu abondants et formés de mucus transparent.

Les résultats fournis par l'auscultation de la poitrine sont négatifs.]]

Le pouls n'est pas accéléré et il n'y a aucun autre symptôme de fièvre. La souffrance des malades vient surtout de l'absence de sommeil et des secousses continuelles qu'elles éprouvent. De temps en temps cette toux cesse brusquement et d'elle-même, mais elle peut aussi persister pendant toute la grossesse et ne cesser qu'avec l'accouchement.

La toux qui survient à la dernière période est surtout due à une cause mécanique, la même que celle qui cause la dyspnée. L'utérus, énormément développé, presse tout à la fois sur le diaphragme, sur l'aorte, et produit ainsi un arrêt de circulation dans la partie supérieure du corps, de l'irritation dans les poumons et un sentiment de malaise général. La gêne, à cette période, est plus grande qu'à toute autre, et les conséquences peuvent être plus sérieuses. Les secousses répétées de la toux peuvent peu à peu amener un relâchement et plus tard une rupture du vaisseau placentaire. De là un accouchement prématuré et la mort de l'enfant. Une fois que l'accouchement a lieu, la toux cesse avec la cause qui la produisait (1).

Il y a une troisième espèce de toux qui n'est pas spéciale à l'état de grossesse et qui arrive fréquemment à cette époque comme conséquence soit d'un catarrhe, soit d'une affection pulmonaire, et qui est accompagnée de douleur dans la poitrine, d'accélération du pouls et de fièvre. Il y a plus ou moins d'expectoration, des maux de tête, de la perte d'appétit et de sommeil, de l'épuisement général, etc. Les conséquences de cette toux peuvent être graves : à l'auscultation, on trouve de la congestion, de la bronchite ou même une pneumonie. Ces états pathologiques sont surtout fréquents chez les femmes pléthoriques.

En même temps que ces diverses variétés de toux, il y a des douleurs spasmodiques dans les muscles de la poitrine et de l'abdomen, et toujours la toux devient plus intense quand il y a de la flatulence et de la dyspepsie.

§ II. — Diagnostic.

L'auscultation met à même de reconnaître si c'est une affection organique, pneumonie, phthisie, etc. Si l'on ne trouve rien de particulier, les désordres doivent être attribués à l'une des deux premières espèces de toux hystérique ou mécanique.

(1) Meigs, *Philadelphia practice of midwifery*, p. 110.

§ III. — Pronostic.

La plupart des auteurs s'accordent à considérer ce genre de toux comme une chose sérieuse. La perte de sommeil, les douleurs de tête, les douleurs liées à l'existence même de la toux, dérangent la santé de la mère. Quand la toux est très-violente, les avortements sont fréquents Capuron (1). dit à ce sujet : « En général, la toux qui complique la grossesse n'est jamais de bon augure ; quelle qu'en soit la cause, les secousses qu'elle imprime à toute l'économie sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont plus fréquentes. Elles peuvent interrompre le sommeil, produire une irritation générale, même de la fièvre, la congestion cérébrale, des hémorrhagies, etc.

« On conçoit aussi que la femme court risque de faire une fausse couche, à cause de l'ébranlement qui se communique à la matrice par l'agitation du diaphragme et des muscles abdominaux ; désordre qui détermine presque toujours la rupture des adhérences utérines avec le placenta et les membranes. »

§ IV. — Traitement.

Au point de vue des dangers de l'avortement, il est à désirer que la maladie se termine aussi rapidement que possible. Au début, quand la toux est simplement nerveuse, on prescrit les antispasmodiques, très-souvent les narcotiques combinés avec les expectorants réussissent ; dans quelques cas, il y a lieu de tirer du sang, mais ordinairement les contre-irritants réussissent mieux. Dans les derniers mois, la saignée est indiquée pour combattre les accidents congestifs. Il faut cependant être très-prudent. Si l'on arrive à conduire la malade à terme, il n'y a pas lieu de s'inquiéter au sujet de la toux, qui disparaît d'elle-même. Dans la troisième variété, les moyens antiphlogistiques sont indiqués : la saignée, de petites doses d'émétique, du calomel uni à l'ipécacuanha, les vésicatoires, jusqu'à ce que la lésion locale reconnue à l'auscultation ait cédé.

CHAPITRE III

HÉMOPTYSIE, OU CRACHEMENT DE SANG

Ce symptôme formidable est heureusement très-rare. Il se présente aussi bien dans les premiers que dans les derniers mois de la grossesse.

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 437.

§ I. — Causes.

Le sang peut venir de la partie postérieure de la bouche ou des narines, dit Campbell (1); et, en pareil cas, cet accident n'a aucune importance. Il suffit, pour le faire disparaître, de faire pencher la tête sur la poitrine. Quand, au contraire, l'hémoptysie vient des poumons, elle est toujours accompagnée d'une quinte de toux et elle est précédée par de la dyspnée, de la douleur dans un point de la poitrine, une sensation de chatouillement dans la gorge, de l'accélération du pouls et de la rougeur des pommettes. C'est chez les femmes d'un tempérament sanguin que les hémoptysies sont les plus fréquentes. Ce symptôme peut ne se produire qu'une fois. Au début, il tient à la suppression brusque de la menstruation, il est une sorte d'hémorrhagie supplémentaire.

Le sang peut aussi venir d'une petite artère de la membrane muqueuse qui se sera brusquement rompue à la suite d'une quinte de toux très-violente. D'autres fois le sang est infiltré dans les poumons, ce qui constitue une véritable apoplexie pulmonaire. Enfin on peut avoir affaire à une maladie organique, telle que la phthisie qui aurait suivi insidieusement son cours pendant la grossesse.

§ II. — Symptômes.

Les effets de l'hémoptysie dépendent en grande partie de la quantité de sang rejeté. La malade accuse une chaleur à la gorge ou au larynx; un serrement dans la poitrine, un peu de dyspnée et de la toux. Elle est faible, épuisée, sujette aux syncopes, si l'hémorrhagie a été considérable. Les phénomènes stéthoscopiques indiquent la présence du liquide dans les bronches. On pourra de même reconnaître l'apoplexie pulmonaire, la phthisie, etc. Souvent, dans ces cas, l'épine dorsale est courbée et la poitrine mal conformée.

§ III. — Diagnostic.

L'absence des phénomèmes pathognomoniques des maladies pulmonaires montre que les accidents sont sympathiques ou purement mécaniques. Si au contraire ces phénomènes existent, l'hémoptysie est indépendante de la grossesse.

§ IV. — Pronostic.

Le danger tient aux causes et aux conséquences de l'hémorrhagie plutôt qu'à la quantité rarement excessive du sang perdu. Quand il y a

(1) Campbell, *Midwifery*, p. 509.

une affection organique, le pronostic varie suivant le mode et le caractère de cette affection.

§ V. — Traitement.

En premier lieu, le médecin doit faire tous ses efforts pour faire disparaître les causes de la maladie. Si elle vient de condition pléthorique ou de congestion locale, il faut pratiquer une saignée, suivant les forces de la malade. Mais si l'hémorrhagie a été très-abondante, il faut plutôt essayer des opiacés, de l'acétate de plomb, des acides, de la digitale, de la teinture de chanvre indien. Quand l'hémorrhagie a un peu diminué, les moyens dérivatifs seront très-utilement appliqués et devront être continués pendant un certain temps. L'hémoptysie qui tient à une affection organique mérite un traitement spécial que l'on modifiera suivant les cas. Quant au moyen préventif, Gardien a indiqué le meilleur. « Cette hémoptysie des femmes grosses, dit-il, est si dangereuse, qu'il est prudent de conseiller à celles qui crachent le sang abondamment de ne plus devenir mères par la suite (1). »

SECTION IV

DÉSORDRES DU SYSTÈME NERVEUX ET DES SENS

CHAPITRE PREMIER

INSOMNIE

Il n'y a peut-être pas de phénomène plus pénible chez les femmes enceintes que l'absence de sommeil. Ce phénomène est fréquent et affecte surtout les femmes d'une constitution délicate ou hystérique. Il peut se produire au début de la grossesse ; mais il est plus ordinaire dans les derniers temps, et il peut persister pendant longtemps.

§ I. — Causes.

L'insomnie des femmes enceintes paraît tenir à une affection purement nerveuse, produite par des causes diverses, telles que chaleur de la chambre à coucher, défaut d'exercice, mouvement désordonné de l'enfant, sensations douloureuses dans l'utérus ; parfois encore elle survient sans cause apparente.

(1) Gardien, *Traité d'accouchements*, vol. II, p. 87.

§ II. — Symptômes.

A la longue, les souffrances deviennent très-grandes. La malade est agitée, dans un état fébrile continuel, elle a peur de tout. L'appétit diminue, les sécrétions générales et les fonctions des intestins se dérangent, la peau est chaude et sèche, le pouls rapide. La faiblesse devient excessive et les facultés morales se troublent. Dans quelques cas, il se produit même des effets plus graves du côté du cerveau : la malade est atteinte de paralysie et de convulsions. Chez les femmes enceintes, il y a quelquefois une perturbation dans le sommeil, qui ne doit pas être confondue avec l'insomnie. Je veux parler de ces cas où la malade ne peut dormir pendant la nuit, mais dort pendant le jour. Si l'on ne peut absolument changer cette disposition, il faut l'accepter et s'y soumettre.

Il y a parfois une espèce de sommeil qui est sans profit pour la femme : elle est sans cesse agitée par des rêves effrayants : cet accident est fréquent, mais en général peu grave et de peu de durée. Quelquefois cependant les femmes en sont sérieusement incommodées.

§ III. — Pronostic.

Si l'insomnie est incomplète et de peu de durée, on ne devra pas s'en effrayer ; mais si elle est continue et persistante, le cas peut devenir très-sérieux.

§ IV. — Traitement.

L'indication est de calmer, si c'est possible, l'irritation nerveuse, et des moyens très-simples réussissent quelquefois. Un verre d'eau froide bue en se mettant au lit, l'application d'une serviette mouillée autour d'une main, des bains de pieds le soir, un laxatif, suffisent souvent, dit Denmann, à écarter ce symptôme pénible. Il faut éviter les pédivules si on a la moindre crainte d'avortement. Si ces moyens échouent, une potion calmante, en commençant par les plus simples, une petite saignée au bras, peuvent être conseillées.

Tous les excitants, le thé, le café, doivent être évités : le régime sera doux, léger, mais nourrissant. La promenade au grand air, en évitant la fatigue, sera très-utile : si la malade est faible, on conseillera des toniques ; mais il faut être très-modéré, de peur de dépasser le but.

CHAPITRE II

HYPOCHONDRIE ET MANIE

ARTICLE PREMIER

HYPOCHONDRIE

§ I. — Causes.

Rien de plus naturel que les inquiétudes des femmes à leur première grossesse, si l'on pense à l'état d'incertitude dans lequel elles se trouvent quant aux douleurs à supporter et à la terminaison d'un accouchement. Il ne manque d'ailleurs jamais d'amies qui viendront raconter à une jeune femme les divers accidents qu'elles peuvent connaître. A une deuxième ou troisième grossesse, si tout s'est bien passé une première fois, elles trouvent encore facilement l'occasion de se tourmenter. La moindre différence entre les symptômes qu'elles éprouvent et ceux qu'elles ont éprouvés la première fois, devient pour elles un sujet d'alarmes : elles entrevoient les plus grandes conséquences pour le moment de l'accouchement, et il est fort difficile pour le médecin de faire disparaître ces craintes. Les femmes sont toujours disposées à croire que nous nous occupons peu de dire la vérité quand nous cherchons à les rassurer. J'ai déjà parlé des influences sympathiques de l'utérus sur le cerveau et de l'affaiblissement moral dans lequel les malaises d'une première grossesse jettent les femmes.

Les troubles moraux peuvent être portés encore plus loin sans qu'il y ait aucune cause spéciale et sans que la malade coure aucun danger particulier. Elle devient mélancolique, se trouve la plus malheureuse des femmes, pleure fréquemment et voit tout ce qui l'entoure sous le jour le plus défavorable. Si dans les circonstances de sa vie il y a en effet quelque sujet de s'attrister, cette disposition mélancolique augmente encore et peut aboutir à un résultat funeste. On pourrait en citer beaucoup d'exemples. Sur dix cas de mort à la suite d'accouchement qui eurent lieu en quatre ans au Western Lying in Hospital (des femmes en couche), quatre femmes étaient mortes dans un état mélancolique. Cette affection se déclare souvent dans les premiers mois de la grossesse, c'est-à-dire à l'époque où les malaises sont le plus prononcés. A mesure que la santé se rétablit, la mélancolie disparaît et l'énergie morale reprend le dessus. Quand cet affaissement moral se continue jusqu'au moment de l'accouchement, il disparaît avec les premières douleurs. La malade qui depuis des mois attendait la mort, quand le moment qu'elle redoutait arrive, retrouve son courage et sent toutes ses terreurs s'évanouir. Mais il n'en est pas toujours ainsi : quelquefois les craintes augmentent au moment de l'accouchement, et la malade, oubliant tout autre intérêt dans la vie, ne

pense plus qu'à ses terreurs. Il n'y a pas à douter que dans un grand nombre de cas cet état moral ne soit dû à des troubles cérébraux qui aboutissent souvent à une véritable folie. Une fois l'accouchement commencé, tout danger, cependant, n'est pas encore conjuré. Ces frayeurs peuvent retarder le travail et prédisposer ensuite à la manie puerpérale.

§ II. — Symptômes.

Dans les cas les plus graves, la santé est plus ou moins dérangée. Le pouls est rapide, la langue chargée, les fonctions de l'estomac sont troublées, il y a des nausées, parfois même des vomissements, l'appétit est diminué ou même nul, il y a de la constipation partielle ou absolue. La malade accuse de la douleur ou de la pesanteur dans la tête.

§ II. — Traitement.

Dans les cas peu graves, il faut donner quelques purgatifs, faire promener la malade au grand air, lui procurer des distractions, et chercher à la convaincre du peu de fondement de ses craintes. Quand les symptômes sont plus prononcés, ces moyens peuvent échouer, et il faut tenir un compte exact de l'état du cerveau. Si la fièvre est vive, que l'on retrouve les symptômes de la congestion cérébrale, on devra faire une saignée, et il ne faut pas, en pareil cas, tenir compte de la pâleur du visage. Il faut en outre entretenir la liberté des intestins et soumettre la patiente à un régime léger. Quant au traitement moral, j'ai toujours vu qu'il valait mieux faire envisager tranquillement les souffrances et les dangers à courir que de traiter ces craintes trop légèrement. En admettant avec la malade qu'elle aura, en effet, à souffrir, on est ensuite plus à même de la convaincre qu'elle n'a que très-peu de dangers à courir.

ARTICLE II

MANIE

[[Dans certains cas, les troubles intellectuels qui surviennent pendant la grossesse se présentent sous forme de délire maniaque. Mais cette forme est moins fréquente que la forme mélancolique qui a été précédemment décrite. Marcé (1), sur 16 cas, dans lesquels la forme de l'aliénation mentale a été très-exactement notée, en a rencontré dix qui offraient la dépression, l'inertie, le sentiment de faiblesse et d'impuissance et les conceptions délirantes tristes qui caractérisent la mélancolie, les autres présentaient la forme maniaque.

(1) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes*, 1858, p. 45.

§ I. — Symptômes.

Ce n'est point le lieu de faire ici l'étude des divers symptômes de la folie puerpérale qui ne diffèrent pas de ceux que l'on observe chez la femme en dehors de la grossesse. D'ailleurs les troubles moraux qui accompagnent la grossesse ont été déjà passés en revue page 755. Mais ces troubles présentent un intérêt considérable au point de vue médico-légal ; aussi, est-ce à ce point de vue que nous les étudierons plus spécialement.

Les troubles intellectuels se présentent chez la femme enceinte, avec une intensité variable. Dans les cas les plus légers, la femme est entraînée par des appétits physiques auxquels elle ne peut résister, et que l'on désigne vulgairement sous le nom d'*envies*.

C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des femmes du meilleur monde, et habituellement sobres, se mettre tout à coup à faire usage de liqueurs fortes et même s'adonner à l'ivrognerie.

Ordinairement, la femme est encore assez maîtresse d'elle-même pour ne pas se laisser aller à commettre un acte coupable ; mais dans quelques cas, elle ne peut s'empêcher de céder à ses envies, et le vol en est ordinairement la conséquence. C'est à cet ordre de faits que M. le professeur Tardieu (1) rattache les actes de soustractions commises aux étalages des marchands de comestibles, des fruitiers, des charcutiers, des rôtisseurs par des femmes grosses qui se sont laissées tenter par un beau fruit, une primeur, une pièce de choix, même lorsqu'elles auraient pu se les procurer à prix d'argent.

Le médecin appelé à apprécier de tels actes, continue M. Tardieu, reconnaîtra le plus souvent dans la nature même de l'objet volé la marque d'une impulsion presque physique, irrésistible dont la femme enceinte ne saurait être toujours déclarée responsable.

D'autres fois, la femme dérobe des objets d'une importance plus grande, elle se livre à des actes criminels tels que : incendie (2), homicide (3). Quelquefois encore la femme est en proie à un délire érotique qui se traduit par des propos et des actes les plus obscènes, même chez les femmes les mieux élevées.

Le docteur Jorg (4) et avec lui Marcé (5) admettent que l'état de grossesse peut déterminer à lui seul des troubles dyspeptiques variés ; mais non des impulsions irrésistibles qui anéantissent le libre arbitre. M. Tar-

(1) Ambroise Tardieu, *Étude médico-légale sur la folie.* Paris, 1872.

(2) Marc, *loc. cit.*, t. II, p. 228.

(3) Georget, *Considérations médico-lég. sur la liberté morale*, p. 132. — Leuret, *Suspicion de folie chez une femme reconnue coupable d'avoir pendant sa grossesse fait des blessures mortelles à deux de ses enfants.* (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1re série, 1837, t. XVII, p. 374).

(4) Jorg, *Die Jurechnungsfahigkeit der Schwangern und Gebärenden*, 3e chap. Leipzig, 1837.

(5) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes.* Paris, 1858, p. 125.

dieu est d'un avis complétement opposé. « La grossesse, dit-il, n'engendre ni la monomanie du vol, ni celle de l'incendie ni celle du meurtre ; mais elle peut dans des cas d'ailleurs fort rares déterminer chez la femme une véritable impulsion irrésistible qui l'entraînerait à commettre l'un ou l'autre de ces crimes (1). »

Cependant, dit M. Tardieu, on doit conclure comme Jorg et Marcé « que le médecin légiste appelé à décider de l'état mental d'une femme enceinte qui invoquera sa grossesse pour excuser un délit ou un crime, devra faire abstraction de ce fait pour se livrer à un examen approfondi de l'état mental en se rappelant que la vérité ressortira bien plus des circonstances qui ont précédé ou accompagné le délit que de la considération de l'état de grossesse qui jamais ne servira de preuve directe. « C'est, du reste, de cette façon qu'a procédé Leuret (2) dans le cas d'une femme qui, pendant sa grossesse, avait tué deux de ses enfants. Il prit en considération les antécédents héréditaires de cette femme qui avait eu plusieurs de ses parents aliénés, son tempérament nerveux, son caractère violent, et déclara qu'elle pouvait bien avoir agi par suite d'un trouble momentané survenu dans l'exercice de ses facultés mentales. »

§ II. — Pronostic.

Le pronostic est en général sérieux : il semble au premier abord que la maladie doive disparaître lorsque la grossesse, dans le cours de laquelle se sont développés les troubles intellectuels, sera terminée. Il n'en est rien cependant dans un assez grand nombre de cas. Sur 89 cas observés par Marcé, 7 fois l'accouchement fut le point de départ de la guérison, 2 fois la guérison eut lieu pendant la grossesse même, 9 fois la maladie est restée incurable ou n'a disparu que longtemps après la délivrance ; une fois l'accouchement a exaspéré le délire et la mort s'en est suivie rapidement.

D'après cet exposé, on voit que l'importance curative de l'accouchement est assez minime ; aussi le pronostic devra être tiré principalement des antécédents de la malade, de son âge, de sa constitution.

§ III. — Traitement.

Si l'accouchement devait amener la cessation des troubles intellectuels, on conçoit qu'il serait très-rationnel de provoquer l'accouchement prématuré, mais les faits, dit Marcé, condamnent hautement tout moyen qui tendrait à abréger le terme de la grossesse.

(1) Ambroise Tardieu, *Étude médico-légale sur la folie*, 1872, p. 178.

(2) Leuret, *Suspicion de folie chez une femme reconnue coupable d'avoir, pendant sa grossesse, fait des blessures mortelles à deux de ses enfants* (*Annal. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1re série, 1837, t. XVII, p. 374).

L'expectation est dans ce cas la pratique la plus sage, on se contente de placer la malade dans des conditions hygiéniques convenables, à entretenir la liberté du ventre, à surveiller la malade pour l'empêcher de se livrer à quelque acte coupable.

La saignée est aussi condamnée par Marcé qui pense qu'on ne doit l'employer que dans des cas très-limités, cette méthode produisant en général de très-mauvais résultats.]]

CHAPITRE III

CÉPHALALGIE

Après les troubles de l'estomac, les maux de tête sont les accidents les plus ordinaires chez les femmes enceintes.

§ I. — Causes.

Ce sont tout à la fois les femmes nerveuses et hystériques, les femmes robustes et pléthoriques qui sont atteintes de ces accidents. La céphalalgie peut n'avoir aucune gravité; elle peut aussi être sérieuse par elle-même ; ou enfin n'être que le prodrome d'autres accidents. Les maux de tête peuvent exister à presque toutes les périodes de la grossesse. Dans les premiers mois ils ont généralement un caractère nerveux ; plus tard ils tiennent le plus souvent à l'état pléthorique. Dans le premier cas, Burns (1) pense que la moelle épinière est primitivement atteinte et que la tête ne l'est que secondairement. On a aussi rapporté la céphalalgie à la compression exercée par l'utérus, le sang ne pouvant plus descendre librement vers les extrémités inférieures.

Parmi les causes productrices des maux de tête nerveux, on peut citer les émotions morales de tout genre, les fatigues, la constipation. Parmi les causes des cépalalgies pléthoriques, les écarts de régime, l'usage des stimulants comme aliments ou comme boissons, les bains chauds, la fatigue, etc.

§ II. — Symptômes.

La céphalalgie nerveuse peut occuper toute la tête ou seulement une moitié de la tête (*hemicrânie*, *megrim*, *migraine*). Dans quelques cas, la céphalalgie est encore plus limitée, elle siége sur un point isolé du vertex ou de l'occiput, et les limites sont trés-définies (*clou hystérique*). La céphalalgie peut être continue ou se montrer seulement par paroxysmes : quelquefois les malades ne peuvent supporter la lumière ou le bruit. J'ai re-

(1) Burns, *Midwifery*, p. 265.

marqué que celles chez qui l'impression de la lumière est douloureuse, ne souffrent pas par le bruit et *vice versâ*. Le pouls est rarement accéléré, les yeux ne sont pas injectés, la face n'est pas congestionnée.

Denmann mentionne une forme de paralysie qui survient pendant la grossesse et disparaît après l'accouchement (1). « Les fonctions du cerveau, dit-il, sont souvent troublées pendant la grossesse ; de là des maux de tête, des vertiges, des étourdissements. Quelquefois même il y a une véritable hémiplégie aussi bien que beaucoup d'autres symptômes nerveux. Cette paralysie est toujours précédée par des symptômes d'irritation utérine, ce qui prouve que là est le point de départ de la maladie. Du reste, tant que la grossesse dure, la paralysie persiste, et les malades ne sont même complétement guéries que quelques mois après l'accouchement. Quand la céphalalgie tient à la pléthore, le pouls est plein, fort, rapide, la face est congestionnée, les yeux brillants et injectés, les paupières lourdes et à demi fermées, la malade ne peut supporter ni la lumière ni le bruit. La douleur commence au-dessus des sourcils et s'étend à toute la tête. Elle peut tenir à de la constipation, et il y a alors des troubles des fonctions digestives, l'anorexie, le mauvais goût dans la bouche, la langue est chargée, etc. Après le repas, le mal de tête est encore plus intense.»

§ III. — Pronostic.

Si le mal de tête est purement nerveux, il n'y a aucun danger ; s'il tient à un état congestif, le pronostic doit être réservé ; la congestion même pouvant être un danger, et d'autre part des convulsions pouvant en être le résultat (2).

§ IV. — Traitement.

Les maux de tête nerveux disparaissent sous l'empire de simples antispasmodiques ou de stimulants diffusibles, tels que la valériane, l'éther, etc. On applique sur le front de l'eau de Cologne ou un vésicatoire derrière les oreilles, un léger purgatif peut être de temps en temps administré. Quand il y a de la pléthore ou de la congestion cérébrale, le traitement doit être plus actif pour soulager la douleur et pour prévenir les conséquences funestes. Suivant la force de la malade, on fera une saignée du bras, et, s'il y a lieu, on reviendra à ce moyen ou l'on appliquera des sangsues aux tempes. Tant qu'il reste de la douleur et que le système artériel n'est pas revenu à son état normal, on ne doit pas suspendre le traitement. On administrera aussi de temps en temps quelques purgatifs. Plus tard il y a lieu d'appliquer un vésicatoire sur la nuque.

(1) Denmann, *Midwifery*, p. 164.

(2) J'ai transporté le chapitre des convulsions dans la troisième partie consacrée aux maladies des femmes après l'accouchement.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS NERVEUSES DES YEUX ET DES OREILLES

Certaines affections des yeux et des oreilles sont fréquentes chez les femmes enceintes. Elles sont en général de nature nerveuse ; elles paraissent cependant quelquefois tenir à une cause cérébrale ou à une lésion de l'organe lui-même. Elles peuvent se manifester immédiatement après la conception.

ARTICLE PREMIER

AFFECTIONS NERVEUSES DES YEUX

Quand ce sont les yeux qui sont affectés, la malade s'imagine que tous les objets qui l'environnent dansent ou tournent autour d'elle ; elle est incapable de rien voir distinctement. D'autres fois elle croit voir des objets dans l'air ou des rayons lumineux ; plus rarement elle voit double. Enfin elle peut devenir tout à fait amaurotique (1).

J'emprunte à Davis l'exemple suivant :

Observation I. — Madame Pivert, âgée de quarante-trois ans, au cinquième mois de sa neuvième grossesse, ressentit tout à coup, sans cause connue, une douleur profonde dans l'œil droit. Il n'y avait d'ailleurs aucun symptôme extérieur, pas de chaleur, pas de rougeur, pas de sécrétion anormale de larmes. Au fond de l'orbite, la sensation d'une forte pulsation qui s'accompagnait de douleurs lancinantes très-vives et fréquemment répétées. La malade voyait passer rapidement devant ses yeux comme des étincelles et ne pouvait rien voir distinctement. Une douleur au niveau du front et vers la racine du nez avec une sensation de pesanteur et d'engorgement vers ces parties aggravaient le malaise de la malade. Au bout de peu de temps, les rayons lumineux cessèrent d'agir sur la rétine ; l'œil devint complétement insensible au contact du doigt, et la malade pouvait fixer le soleil sans ressentir aucune gêne. L'œil gardait cependant sa forme et sa transparence naturelles. En même temps qu'elle avait ces accidents locaux, la malade fut pendant plusieurs semaines sans pouvoir dormir. Une saignée du bras, qui modéra les accidents, fut le seul traitement appliqué. L'accouchement se termina heureusement, et au bout de quelques jours cette dame, qui croyait son œil perdu, put distinguer la lumière et arriva promptement à revoir tous les objets. Elle resta dans cet état, qui s'améliora même peu à peu, pendant dix-huit mois : elle devint alors enceinte de son dixième enfant. Au cinquième mois de sa grossesse, comme la dernière fois, elle fut prise des mêmes accidents sur le même œil ; la seule différence, c'est qu'ils étaient plus intenses. Il y avait, en outre, une cépha-

(1) Gardien, *Traité des accouchements*, vol. II, p. 76.

lalgie frontale qui prit un caractère périodique. Elle commençait chaque jour à cinq heures du matin et se terminait à sept ou huit heures par une abondante transpiration. Les symptômes allèrent chaque jour en s'aggravant. Bientôt la malade s'aperçut que l'œil gauche devenait aussi de plus en plus faible, et elle en arriva à voir à peine pour se conduire. On fit usage de vésicatoires à la nuque et derrière les oreilles, mais elle ne put les supporter : ils donnaient lieu à de fréquentes syncopes. En examinant les yeux de cette dame, on reconnut que la pupille de l'œil droit était plus dilatée que la pupille gauche, qu'elle était immobile et que l'œil lui-même était tout à fait insensible au contact du doigt. La pupille gauche avait elle-même perdu sa forme naturelle, elle était beaucoup moins mobile qu'à l'état normal. Les maux de tête dont nous avons parlé continuaient d'ailleurs et se terminaient par d'abondantes transpirations. Pendant la crise, le pouls, au lieu d'être accéléré et plus fort, était plus lent et plus concentré. La malade en était alors au sixième mois de la grossesse. Il fallait adopter un traitement qui ne pût pas nuire au fœtus. En conséquence les émétiques furent rejetés comme donnant lieu à des avortements. Le médecin jugea plus à propos de produire une déplétion locale, et dans ce but il appliqua des sangsues sur les paupières et sur les tempes, fit faire des fumigations de benjoin sur les yeux et appliqua un séton à la nuque. Les vapeurs de benjoin étaient reçues dans un tube et portées ensuite jusque sur les yeux. Après un mois de traitement, l'œil gauche reprit à peu près ses fonctions, mais l'œil droit resta toujours insensible à la lumière. On espérait qu'une fois l'accouchement terminé les accidents disparaîtraient, comme cela avait eu lieu déjà. Cet espoir fut trompé, la malade accoucha naturellement, mais l'œil droit fut perdu (1).

Il est rare que dans ces cas il n'y ait avec les troubles de la vision aucune douleur, excepté dans les cas où il y a congestion, et ils sont toujours faciles à reconnaître.

ARTICLE II

AFFECTIONS NERVEUSES DES OREILLES

L'organe de l'ouïe peut être aussi affecté de diverses façons.

Il peut être plus paresseux que de coutume, il peut être altéré d'un côté tandis que l'autre oreille reste intacte. D'autre part, l'ouïe peut devenir tellement fine que c'est pour la malade une cause de douleur. Il y a des bourdonnements incessants, une sorte de chantonnement dans une seule ou dans les deux oreilles, enfin le sens de l'ouïe peut être entièrement perdu. Davis a vu deux cas de surdité complète pendant la grossesse. L'une des malades devint subitement sourde pendant les premiers mois, puis, peu à peu, l'accident disparut après l'accouchement. L'autre malade devint graduellement sourde aux septième et

(1) *Journal de médecine*, vol. III, p. 221.

huitième mois de sa grossesse et resta dans cet état jusqu'après son accouchement. Tout disparut au sixième jour, quand les lochies cessèrent de couler (1). Imbert (2) rapporte l'exemple d'une femme sourde qui cessa de l'être pendant sa grossesse.

Ces troubles purement nerveux sont généralement momentanés quand ils surviennent à une époque peu avancée de la grossesse. Plus tard ils peuvent être permanents et persister même après l'accouchement. Il est rare qu'ils entraînent aucune conséquence fâcheuse ; s'ils tendent à persister, il faut craindre une maladie cérébrale.

Le point important comme diagnostic est de faire la distinction entre une affection nerveuse et une maladie organique. On y arrive par l'examen des organes. La coïncidence avec une grossesse aidera au diagnostic. Les troubles de la vision et de l'ouïe au début d'une syncope ne doivent pas être confondus avec les affections nerveuses dont je viens de parler.

Quand ces désordres sont purement nerveux, il n'y a à peu près rien à faire. Au besoin, on appliquera un vésicatoire derrière les oreilles ou sur les tempes et on les répétera à de courts intervalles. On administrera des toniques combinés avec des antispasmodiques. Les fonctions de l'estomac et des intestins doivent être surveillées ; dans le cas où elles ne se feraient pas régulièrement, les désordres nerveux en seraient augmentés. S'il y a congestion, il faudra tirer du sang soit par une saignée, soit par des sangsues, et donner un ou deux purgatifs légers. Bien souvent, malgré tout, le traitement échouera ou n'apportera qu'un soulagement temporaire. En pareil cas, il faut attendre les effets du temps et de l'accouchement.

SECTION V

DÉSORDRES DANS LE SYSTÈME DES GLANDES MAMMAIRES

CHAPITRE PREMIER

DOULEUR DANS LES SEINS. — MASTODYNIE

§ I. — Symptômes.

Par suite de la relation intime qui existe entre l'utérus et les seins, il se produit dès le début de la grossesse un changement notable dans ces organes.

(1) Davis, *Obstet. medic.*, vol. II, p. 889.
(2) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p. 441.

Ordinairement, dès le second mois, la malade ressent dans les seins des picotements, des tiraillements, une petite douleur sourde, et elle voit en même temps le cercle noir se prononcer de plus en plus autour du mamelon (fig. 237 et 238). Si l'on prend le sein dans la main, on voit que

Fig. 237. — Coloration et élévation de l'aréole dans les premiers mois de la grossesse, vue de face. (Chailly-Honoré.)

Fig. 238. — La même, vue de profil. (Chailly-Honoré.)

toute mollesse a disparu et que l'organe a la fermeté du tissu glandulaire : à mesure que la grossesse s'avance, la glande se développe, jusqu'au moment où elle semble constituer à elle seule toute la mamelle : le tissu graisseux semble disparaître entièrement. Cette disparition des tissus mous est parfois très-remarquable. Imbert (1) rapporte qu'une de ses malades avait toujours pendant sa grossesse les seins moins volumineux. Ces changements de volume ne donnent lieu ordinairement à aucune douleur, mais quelquefois aussi les souffrances sont vives. Cela tient à la résistance anormale que présente l'enveloppe fibreuse de la glande mammaire, parfois aussi à une prédisposition constitutionnelle. J'ai observé ces douleurs chez les femmes qui avaient eu antérieurement des maladies du sein. La douleur peut être névralgique, elle peut être le résultat d'une distension exagérée, que le développement soit trop rapide ou qu'il soit accompagné de congestion ou d'inflammation. Les femmes d'un tempérament nerveux ont des douleurs névralgiques, celles qui sont pléthoriques ont des douleurs par congestions. « La femme nerveuse ou irritable, dit Capuron (2), aussitôt qu'elle a conçu, ressent diverses affections aux mamelles ; tantôt c'est une espèce de prurit ou de légère démangeaison avec un gonflement plus ou moins considérable de ces organes ; tantôt c'est un sentiment de spasme ou de constriction qui s'étend vers les aisselles. Mais, à mesure que la grossesse avance, le sein devient plus volumineux et plus dur. Quelquefois la femme y éprouve des picotements,

(1) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p. 347.
(2) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 442.

de la tension et même des douleurs intolérables. La femme pléthorique ou sanguine est exposée aux mêmes affections, mais elle les sent à un plus haut degré ; on en a vu chez lesquelles les douleurs mammaires étaient si aiguës qu'elles produisaient de l'agitation, de l'insomnie, de la fièvre, du délire; quelques-unes ont eu au sein des engorgements ou de vrais phlegmons qui se sont terminés par la suppuration. »

Les malades accusent des élancements ou des douleurs aiguës dans l'un ou l'autre sein. Dans la plupart des cas, il n'y a pas d'accidents généraux. Le pouls reste calme, bien que la douleur puisse causer l'insomnie et la perte d'appétit. D'autres fois, au contraire, le pouls est agité, la peau est chaude, il y a de la fièvre et même du délire. La douleur peut être constante ou se reproduire par paroxysmes et même à époques fixes.

Quand la douleur est purement nerveuse, elle peut durer plus ou moins de temps. Plus on est près du début de la grossesse, plus la douleur est courte. Elle cesse ensuite sans laisser aucune trace.

Quand la douleur est le résultat d'une congestion, elle aboutit facilement à un abcès. Dans quelques cas, vers la fin de la grossesse, il y a une sécrétion abondante de lait ; ce symptôme cesse dès qu'il se manifeste de l'inflammation.

§ II. — Diagnostic.

Cet état doit être distingué :

1° *Des douleurs mammaires tenant à une suppression des règles.* — Au début, le diagnostic est impossible ; mais bientôt la manifestation des autres signes de la grossesse ôte toute incertitude.

2° *Du phlegmon du sein.* — La douleur nerveuse se distingue par l'absence de chaleur locale, de fièvre et de ramollissement.

§ III. — Traitement.

Des fomentations, des frictions avec un liniment antispasmodique, un cataplasme avec l'extrait de belladone. Pendant le jour, on administre de petites doses d'un narcotique quelconque, et une dose plus forte le soir, si la malade ne peut dormir. S'il y a beaucoup de tension et d'hypertrophie, on appliquera des sangsues ou l'on fera une saignée du bras ; de petites doses d'émétique seront encore indiquées. Si un abcès se forme, des sangsues d'abord et plus tard des cataplasmes émollients. Une fois le pus réuni en foyer, il faut faire une incision.

TROISIÈME PARTIE

DÉSORDRES PAR SUITE D'UNE PRESSION MÉCANIQUE OU DE DISTENSION

CHAPITRE PREMIER

HERNIE

A mesure que l'utérus se développe, il distend de plus en plus les parois abdominales. Dans la plupart des cas, ces parois cèdent également sur tous les points; dans d'autres elles résistent davantage, et il arrive alors

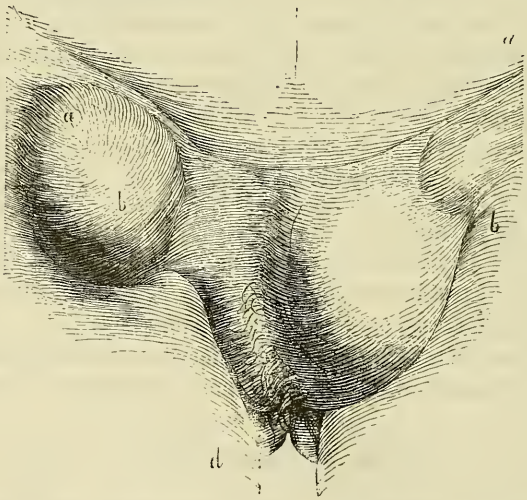


Fig. 239. — Hernie inguinale oblique externe chez la femme, à gauche (*).

quelquefois que sur un point il y a relâchement, tandis que sur l'autre il y a encore résistance. C'est ainsi que l'on voit les muscles droits se séparer entièrement sur certains points et permettre aux parois abdominales de former des sacs volumineux. Quelquefois il n'y a qu'une partie des fibres qui cèdent ainsi, et alors sur ce point les tissus sous-musculaires font saillie avec une portion de l'intestin. Après l'accouchement, ces tumeurs ont un volume variable.

* *a*, *b*, hernie crurale, à droite. — La hernie inguinale descend dans la vulve ; la grande lèvre est repoussée au dehors, du côté droit ; à l'aine, en haut, est un petit renflement entre *a*, *b*, qui ressemble à une petite tumeur. (Vidal, de Cassis.)

La ligne blanche peut aussi céder complétement et donner lieu à ce qu'on appelle l'*éventration.*

La tumeur ainsi formée est molle et très-sensible.

Si la séparation de la ligne blanche a lieu très-bas, il peut y avoir saillie de la vessie (1). Alors même que les parois abdominales résistent peu, il n'y a pas forcément séparation des muscles dont nous venons de parler; mais les ouvertures naturelles, l'anneau ombilical, les anneaux inguinal ou crural, peuvent être considérablement agrandis et faciliter la sortie d'une portion des intestins. Si à cette cause de distension forcée des parois on ajoute la pression exercée par l'utérus sur les intestins, on se rend facilement compte de la fréquence des *hernies ombilicales.* M. Imbert fait remarquer à ce sujet que les muscles droits, en se séparant, laissent entre eux un espace qui n'est occupé que par le péritoine et la peau. Il n'y a donc rien de plus fréquent que la hernie ombilicale.

Les hernies *inguinales* et *crurales,* quoique n'étant pas rares, sont cependant moins fréquentes. Ordinairement, dit-il, c'est la vessie qui fait saillie sous la peau.

Chez quelques personnes, ces hernies paraissent à chaque grossesse et disparaissent ensuite. Chez deux dames que j'ai observées, il en était ainsi : les hernies étaient alors faciles à réduire.

Le développement progressif de l'utérus suffit quelquefois, au contraire, pour faire disparaître une hernie par suite du tiraillement exercé sur les intestins. Mais ce fait ne peut avoir lieu que quand la hernie est récente. Quand elle est ancienne et qu'elle a donné lieu à des adhérences, la grossesse, au lieu de la faire disparaître, tend au contraire à produire un étranglement. C'est ce qui arriva dans le cas rapporté par Puzos; la malade mourut, et à l'autopsie on trouva une partie de l'iléum complétement étranglé (2).

§ I. — Causes.

Sans aucun doute, la facilité avec laquelle les hernies se forment pendant la grossesse doit être rapportée à la distension inégale des parois abdominales, à leur relâchement, et à la pression exercée par l'utérus hypertrophié sur les intestins. Mauriceau a signalé l'influence des corsets trop étroits, qui, en retrécissant la cavité abdominale, font que les organes thoraciques pressent sur le foie et le diaphragme.

§ II. — Diagnostic.

Dans tous les cas de constipation opiniâtre et de vomissements, il est absolument indispensable d'examiner l'abdomen ainsi que les régions in-

(1) Gardien, vol. II, p. 112.
(2) Puzos, *Traité des accouchements*, p. 81.

guinales et crurales, et souvent on découvre quelque hernie. Les tumeurs de cette nature se reconnaissent toujours à leur mollesse, à leur volume variable, à leur réductibilité, à leur accroissement de volume, à la suite de la toux.

§ III. — Traitement.

Quand les parois abdominales s'écartent ainsi, il faut appliquer autour du corps un bandage ou ceinture : il faut seulement avoir soin de ne comprimer aucune portion des intestins ou de la vessie.

Il faut aussi, autant que possible, réduire les hernies et les maintenir

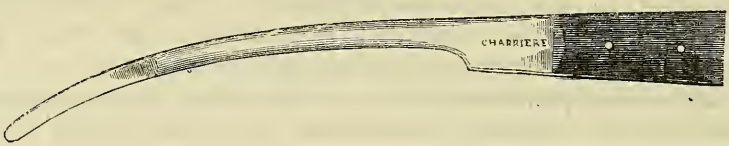


Fig. 240. — Bistouri courbe boutonné.

réduites par un bandage compressif. Si la réduction est impossible, il faut se contenter d'un bandage contentif qui presse suffisamment et ne puisse

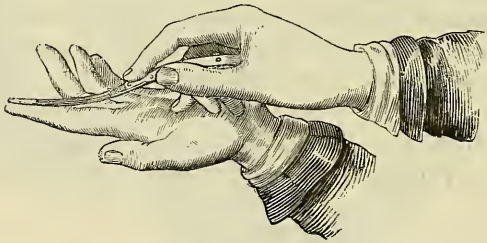


Fig. 241. — Débridement à l'aide du bistouri courbe boutonné.

produire l'étranglement. Si cependant l'accident avait lieu, on aurait recours aux moyens ordinaires et, au besoin, au débridement [qui s'opère

Fig. 242. — Bistouri coupé carrément à son extrémité; et spatule.

soit à l'aide du bistouri courbe boutonné (fig. 240), tranchant dans une étendue de 15 millimètres sur son bord concave, à partir de 10 ou 12 mil-

limètres de son extrémité qui est mousse et arrondie; on le tient de la main droite et on le conduit sur l'index gauche (fig. 241), soit à l'aide d'un bistouri coupé carrément à son extrémité et de la spatule de Vidal,

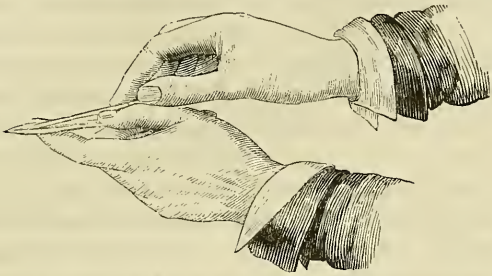


Fig. 243. — Débridement à l'aide du bistouri coupé carrément et de la spatule.

de Cassis (fig. 242). On tient ces instruments comme le représente la figure 243].

Dans le cas où l'étranglement aurait lieu au moment du travail, on devrait hâter l'accouchement pour sauver l'enfant et mettre la mère dans de meilleures conditions. Pendant le travail on devra autant que possible empêcher l'accroissement de la hernie.

CHAPITRE II

HÉMORRHOIDES

Le mot *hémorrhoïdes* est employé pour désigner de petites tumeurs vasculaires qui se forment à l'extrémité du gros intestin. Quand ces tumeurs sont en dedans de l'anus, on les appelle *hémorrhoïdes internes;* quand elles sont en dehors, on les nomme *hémorrhoïdes externes.* Quand elles s'accompagnent d'écoulement, elles sont appelés *hémorrhoïdes fluentes;* quand elles ne s'accompagnent d'aucun écoulement, on les appelle *hémorrhoïdes non fluentes.* Quand elles se compliquent d'excoriations, d'ulcérations, etc., on les appelle *hémorrhoïdes compliquées.*

Elles sont pour les femmes enceintes la cause de grandes souffrances; et, si elles se produisent dès la première grossesse, elles se reproduisent très-souvent aux grossesses suivantes. Les femmes d'une constitution délicate ou lymphatique y sont très-exposées, surtout dans les cas de constipation.

§ I. — Causes.

Quant aux causes prochaines des hémorrhoïdes, il y a entre les auteurs une grande divergence d'opinions. Les uns les considèrent comme for-

mées par des veines variqueuses; les autres, par des artères dilatées; d'autres, par des artères et des veines tout à la fois; d'autres enfin les regardent comme indépendantes des artères et des veines.

[[On admet aujourd'hui que les hémorrhoïdes sont le résultat de la dilatation des veines du rectum. Elles se composent de l'extérieur à l'intérieur, suivant Littré et Robin : « 1° de la peau (*hémorrhoïdes externes*) ou de la muqueuse (*hémorrhoïdes internes*); 2° de tissu lamineux épaissi, induré par la présence de matière amorphe granuleuse, interposée aux faisceaux de fibres et les rendant très-adhérents; 3° de ramifications des veines hémorrhoïdales, devenues variqueuses (1). »]]

La cause principale de cette dilatation est la pression exercée par l'utérus hypertrophié, soit quand l'utérus remplit tout le bassin, soit à une période plus avancée. C'est vers le quatrième mois, ou vers le huitième ou le neuvième mois que ces tumeurs se produisent surtout. Burns attribue surtout les hémorrhoïdes à un encombrement des intestins, coïncidant avec une torpeur des veines hémorrhoïdales : toujours est-il que les hémorrhoïdes sont plus fréquentes et plus grosses quand il y a constipation. Les purgatifs drastiques sont aussi considérés comme pouvant donner lieu à la production d'hémorrhoïdes. Il est sûr qu'une accumulation anormale de sang dans les organes pelviens peut favoriser la production de ces tumeurs au moment où les parois intestinales relâchées sont moins contractiles.

§ II. — Symptômes.

La malade éprouve d'abord une sensation désagréable de pesanteur et de démangeaison autour de l'anus : à l'examen on découvre les tumeurs si elles sont extérieures. Quand au contraire elles sont internes, on ne les découvre que par le toucher anal, ou plus tard au moment où elles descendent, une fois que l'intestin est désempli. Qu'elles soient externes ou internes, ces hémorrhoïdes, en se congestionnant et en s'enflammant, donnent lieu à des douleurs beaucoup plus vives. La malade éprouve une sensation de pesanteur et de poussement continuel dans les parties; le pouls devient rapide; la face est rouge, la peau très-chaude, etc. Il y a de la soif, de la sécheresse de la langue, des maux de tête violents. La douleur devient beaucoup plus vive quand la malade s'assoit ou marche : elle est presque intolérable au moment des selles. Il y a un ténesme presque continuel et un écoulement glaireux et sanguinolent. Dans beaucoup de cas l'écoulement de sang plus ou moins abondant soulage la malade. L'irritation devenue excessive donne lieu à des contractions spasmodiques du sphincter et même du rectum, ce qui augmente encore notablement le malaise des malades. Dans le cas d'hémorrhoïdes internes, elles font saillie au moment où la malade va à la selle, et si l'on a le soin

(1) Littré et Robin, *Dict. de médecine*, art. HÉMORRHOÏDES, 13e édition. Paris, 1873, p. 713.

de les réduire, elles sont comprimées et étranglées par le sphincter. Cet état donne lieu à une angoisse extrême; et si l'on n'y apporte un prompt soulagement, il peut en résulter, pour la malade, la gangrène d'abord et plus tard la mort. Si l'inflammation n'est pas arrêtée, ces tumeurs peuvent s'ulcérer, et devenir extrêmement gênantes à cause de la perte de sang et de l'irritation qu'elles produisent. Quand l'affection passe à l'état chronique, il peut en résulter un trouble des fonctions digestives. Les suites peuvent être encore plus graves; l'ulcération résiste à toute espèce de traitement et une fistule se produit.

L'hémorrhagie peut être assez abondante pour épuiser la malade, causer la mort du fœtus ou un avortement. Ces accidents peuvent se produire à toutes les périodes de la grossesse, mais ils sont plus fréquents vers le milieu ou la fin de la période de gestation. Quelques femmes en sont atteintes immédiatement après l'accouchement, par suite de la pression exercée pendant le travail de l'accouchement. Quelquefois ces hémorrhagies se reproduisent périodiquement : elles semblent être supplémentaires des règles.

§ III. — Traitement.

Que les hémorrhoïdes soient internes ou externes, la première chose à faire est de débarrasser les intestins par une purgation douce, après quoi l'on administre le lavement calmant, et l'on applique des sangsues, soit à l'anus, soit sur les hémorrhoïdes elles-mêmes. Ces moyens soulagent les malades pour un temps. Les sangsues seront réappliquées une deuxième fois, s'il y a lieu; et, pour aider à l'écoulement du sang, la malade pourra s'asseoir au-dessus d'un vase rempli d'eau bouillante. On fera usage ensuite d'injections d'eau chaude simple ou d'eau de gruau. Le régime sera adoucissant, et l'on évitera tout excitant. Si la fièvre est intense, il peut être à propos de faire une saignée du bras.

Quand les hémorrhoïdes sont externes, on apporte un grand soulagement en faisant usage de lotions calmantes tièdes, ou d'onctions avec une pommade à l'iodure de plomb.

Si les hémorrhoïdes étaient internes et si elles sont étranglées, il faut les réduire immédiatement et avoir recours aux sangsues et aux laxatifs. Si l'on ne peut les réduire, il faut faire sur les tumeurs des scarifications pour empêcher la gangrène. Des préparations de soufre, seul ou combiné avec de la crème de tartre, sont employées avec succès.

Une fois l'inflammation apaisée, on a recours aux astringents; de l'onguent fait avec de la noix de galle, du thé vert, de la décoction d'écorce de chêne. Les balsamiques ont été préconisés en pareil cas : le piment, à la dose de 25 centigrammes. Si l'hémorrhagie est très-abondante, il faut avoir recours au tampon de Petit, ou à quelque autre moyen analogue. Quelques auteurs ont conseillé d'inciser la tumeur enflammée quand elle

est interne : d'autres combattent énergiquement ce moyen. Sans aucun doute, des hémorrhoïdes enflammées sont un danger pour la fin d'une grossesse. Quand les hémorrhoïdes deviennent chroniques, on peut les enlever avec la ligature, le bistouri, la cautérisation (1) ou l'écraseur; mais il est rarement opportun de le faire avant l'accouchement. Campbell a conseillé le moyen suivant contre les hémorrhoïdes qui paraissent après l'accouchement : ce serait de les inciser et d'appliquer ensuite un large cataplasme bien chaud; le moyen est très-douloureux, mais les hémorrhoïdes disparaissent en quelques jours. Quand elles sont indolentes et insensibles aux applications locales, il conseille aussi de les enlever avec le bistouri ou la ligature : il préfère le bistouri qui donne lieu à moins d'inflammation. Il faut seulement se tenir en garde contre les hémorrhagies consécutives (1).

CHAPITRE III

SPASME DE L'URÈTHRE. — INCONTINENCE D'URINE

ARTICLE PREMIER

SPASME DE L'URÈTHRE

Les femmes enceintes sont sujettes à des douleurs vives des uretères remontant jusqu'aux reins.

§ I. — Causes.

Burns attribue ces douleurs au spasme des uretères : il est probable qu'elles tiennent à la compression exercée sur ces conduits, au moment où ils entrent dans le bassin. Le même effet peut être produit par un état dyspeptique de l'estomac. La crise est purement locale et se compose de douleurs très-vives, parfois intermittentes, compliquées de strangurie, et pouvant donner lieu, si elles durent, à un avortement.

§ II. — Traitement.

Il faut d'abord débarrasser les intestins par des purgatifs ou des lavements et administrer ensuite des opiacés. Au besoin on fera, sur la région des reins, quelque application dérivative. Il faut surveiller avec soin l'état des fonctions digestives et prescrire un régime spécial. Un changement de position des malades suffit quelquefois pour diminuer la douleur.

(1) Voyez Philipeaux, *Traité de la cautérisation*. Paris, 1856.
(2) Campbell, *Midwifery*, p. 516.

ARTICLE II

INCONTINENCE D'URINE

§ I. — Causes.

Cet accident, fort ennuyeux, peut se produire à toutes les périodes de la grossesse, par suite de causes très-diverses. Pendant les premiers mois, il se produit sous l'influence d'une irritabilité morbide et sympathique du col vésical seul, ou de la vessie tout entière.

[[Cette irritabilité des premiers mois a été attribuée, suivant certains auteurs, à la rétroversion de l'utérus gravide. Quant à l'irritabilité qui surviendrait dans les derniers mois de la grossesse, elle serait due, suivant le docteur Playfair (1), à une position fâcheuse du fœtus. Dans deux cas que cet auteur observa, les malades se plaignaient de mouvements tumultueux et répétés du fœtus, bien plus marqués que dans leurs premières grossesses. La dysurie survenait quand le fœtus prenait une direction oblique et cessait dès que son grand axe était parallèle au grand axe de l'utérus.]]

§ II. — Symptômes.

La malade est sans cesse tourmentée par un besoin constant et douloureux d'uriner; et, si ce besoin n'est pas immédiatement satisfait, l'urine coule involontairement. L'irritation s'étend quelquefois jusqu'à la vulve et augmente par le passage même de l'urine : la malade souffre, surtout la nuit, de démangeaisons et de cuissons des parties externes. L'irritation s'étend jusqu'à la symphyse du pubis, ce qui rend l'articulation moins solide. Dans de telles circonstances, des saignées locales et le repos sont les remèdes principaux (2). Il peut aussi se faire que, par suite de la pression de l'utérus sur le col vésical, il y ait une paralysie partielle et temporaire de la vessie.

A une période plus avancée, l'incontinence est due à la pression de l'utérus sur le fond et sur le corps de la vessie, dont la capacité se trouve ainsi diminuée. De là, la nécessité d'une évacuation plus fréquente volontaire ou involontaire. Cette pression peut encore produire une espèce de paralysie qui ne cesse que quelque temps après l'accouchement, quand toutes les fonctions sont parfaitement rétablies. L'incontinence d'urine augmente notablement quand la malade est enrhumée. A chaque secousse de toux, le liquide sort involontairement. Inutile de dire que, dans ces cas, la situation des femmes est très-pénible, à cause des exco-

(1) Playfair, *On irritable bladder in the latter months of pregnancy* (*Transactions of the obstetrical society of London*, t. XIII, 1871, p. 42).
(2) Burns, *Midwifery*, p. 261.

riations de la vulve et des cuisses; elles ne peuvent faire le moindre mouvement sans souffrir et elles sont gênées par l'odeur infecte de l'urine.

§ III. — Traitement.

Pendant les premiers mois, le but est de combattre cette irritation. Si elle est considérable, il faudra appliquer sur la partie inférieure de l'abdomen des sangsues, ou faire une saignée. Souvent les fomentations tièdes seront le seul traitement nécessaire. On prescrira en même temps de petites doses d'opium et des boissons mucilagineuses. Quand il y a atonie du col de la vessie, « on peut employer, dit Capuron (1), des injections astringentes et toniques avec les eaux thermales de Baréges, de Balaruc, de Cauterets, etc., avec la dissolution de sulfate acidulé d'alumine ». Plus tard, quand il y a pression sur la vessie, on ne peut à peu près rien : les lavages à l'eau froide tonifient dans quelques cas le col vésical, et le meilleur moyen d'éviter l'écoulement involontaire sera de vider fréquemment la vessie.

[[Les troubles de la miction qui sont dus suivant Playfair à une position vicieuse du fœtus, seront efficacement combattus en modifiant la position du fœtus par des manœuvres externes convenablement appliquées.]]

Pour empêcher les excoriations, il faut porter sans cesse une serviette que l'on aura soin de changer fréquemment. Quand, malgré tout, la peau est entamée, des fomentations mucilagineuses, deux ou trois fois par jour des lotions avec de l'eau blanche, etc., seront indiquées.

CHAPITRE IV

DYSURIE, RÉTENTION D'URINE

Un état entièrement opposé à celui que nous venons de décrire se voit souvent chez les femmes enceintes. Elles éprouvent une difficulté notable à uriner, quelquefois même il leur est impossible de vider leur vessie. Cet accident se produit soit pendant les premiers mois, soit pendant les derniers.

§ I. — Causes.

Au début, la dysurie peut être due à une irritation du col vésical, à une constriction spasmodique ou bien à la pression sur le col de la

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 402.

vessie quand l'utérus remplit toute la cavité pelvienne. Plus tard cette rétention est produite par la pression sur la vessie de la partie inférieure de l'utérus. Cet accident a été considéré comme le signe d'une présentation naturelle (1). Elle peut aussi tenir à une paralysie de la vessie par suite d'une pression ou d'une distension exagérée. Dans ces cas la vessie a perdu sa sensibilité. Des hémorrhoïdes avec la présence d'un calcul vésical, une tumeur de l'urèthre, produisent encore de la dysurie. Les déplacements de l'utérus sont tous plus ou moins compliqués de désordres dans les fonctions de la vessie (2).

§ II. — Symptômes.

Il est à peine nécessaire de décrire les symptômes. L'évacuation de l'urine est difficile, douloureuse et enfin impossible. Dans ce dernier cas la vessie se distend, vient presser en arrière sur l'utérus qui peut alors tomber en rétroversion. Si l'on n'apporte un prompt remède, la distension et la douleur augmentent. L'abdomen devient très-sensible, les parois de la vessie peuvent se rompre et une péritonite terrible se déclare. Si la rétention a lieu au commencement de l'accouchement, les conséquences peuvent être très-sérieuses. La vessie est entraînée dans la cavité pelvienne par la tête de l'enfant et, si elle se rompt, elle subit une telle compression qu'elle s'enflamme, s'ulcère et finit par se perforer. J'ai souvent rencontré des cas semblables qui s'étaient produits par suite de la négligence des sages-femmes. Telle est la cause la plus ordinaire des fistules vésico-vaginales.

§ III. — Diagnostic.

Quand la rétention se produit dans les premiers mois, il faut examiner immédiatement par le vagin afin de s'assurer s'il y a un déplacement et, en pareil cas, y apporter immédiatement remède.

On peut encore de cette façon découvrir les calculs ou les tumeurs uréthrales et distinguer la rétention par trouble organique, de la rétention par trouble fonctionnel.

§ IV. — Traitement.

La dysurie, la strangurie par irritation peuvent exiger une saignée ou des sangsues. S'il y a des hémorrhoïdes, il faut appliquer des sangsues. La rétention par suite d'excès de distension ou par abolition de la sensi-

(1) Denman's *Midwifery*, p. 160.

(2) [Il n'est pas rare que cet accident survienne après une application de forceps laborieuse, surtout lorsque le bassin n'offre pas ses dimensions normales. La compression excessive exercée par la tête détermine dans ces cas une paralysie à peu près complète des fibres musculaires vésicales].

bilité n'exige que peu de traitement. La malade urinera fréquemment et fera sur la vulve des applications froides matin et soir. Des tisanes d'uva ursi ont été préconisées. S'il y avait compression il faudrait faire changer de position pour rejeter autant que possible l'utérus en arrière. Du reste, quelle que soit la cause, si la rétention est complète, il faut pratiquer le cathétérisme et le renouveler aussi souvent qu'il sera nécessaire (1). Si les parois abdominales sont très-flasques, on applique un bandage pour relever l'utérus et diminuer la pression qu'il exerce sur le col vésical.

CHAPITRE V

CRAMPES ET DOULEURS IRRÉGULIÈRES

Les crampes, les spasmes, les douleurs vagues qui se produisent dans la partie inférieure du corps sont pour les femmes enceintes une cause fréquente de gêne et d'ennuis. La constitution n'a rien à faire avec ces divers accidents. Ils se produisent ordinairement vers le quatrième ou le cinquième mois, plus souvent vers la fin de la grossesse.

§ I. — Causes.

Généralement ces douleurs ont une cause mécanique et tiennent à la pression de l'utérus sur les cordons nerveux, ce qui explique que ces accidents se produisent au quatrième mois quand l'utérus remplit la cavité pelvienne ou pendant le neuvième quand l'utérus appuie sur la circonférence du bassin. Quelquefois ces douleurs sont dues à la distension des fibres musculaires ou au tiraillement des ligaments. Sans aucun doute elles sont produites, ou du moins augmentées, par les troubles digestifs, la constipation, les fatigues exagérées, les agitations morales, etc.

§ II. — Symptômes.

Il y a divers points où les crampes se font surtout sentir, et, suivant les places, les effets sont très-variables.

I. *Dans l'abdomen.* — La malade se plaint de douleurs ou de gêne dans l'un des côtés, généralement à gauche, entre les fausses côtes et la crête iliaque, ou bien le long de l'insertion supérieure des muscles abdominaux. Les insertions inférieures des muscles peuvent être également dou-

(1) [Le cathétérisme devra pourtant n'être fait que dans de justes limites : la vessie prendrait facilement l'habitude de n'être vidée que par la sonde; aussi faudra-t-il se laisser écouler entre chaque cathétérisme le temps nécessaire pour que le besoin d'uriner puisse se faire sentir.]

loureuses ; dans les deux cas ces douleurs sont dues à une distension exagérée, qui jette les muscles dans un état de contraction spasmodique. La douleur peut être très-vive, au point d'empêcher la malade de faire le moindre mouvement. Elle est modifiée par l'état de l'estomac; elle se complique souvent de maux de cœur et de vomissements aqueux : il est facile de la distinguer des douleurs qui portent sur les organes internes à cause du caractère spasmodique qu'elle présente. Ces espèces de crampes se rencontrent quelquefois au niveau de la symphyse du pubis et s'étendent jusqu'aux grandes lèvres et sont sans doute produites par la compression, la congestion, ou les tiraillements du ligament rond.

II. *Dans les reins.* — Quelquefois les muscles lombaires deviennent le siége des crampes. Quand elles sont très-violentes, elles empêchent les malades de se mouvoir et surtout de s'asseoir. La douleur peut s'étendre de la crête iliaque jusqu'au sacrum, en comprenant le point d'insertion des muscles. Elle peut être le résultat de la distension de ces muscles ou d'une compression exercée sur les nerfs. Dans quelques cas la douleur est bornée à la partie inférieure du sacrum et à la région coccygiennne.

III. *Dans les extrémités inférieures.* — Il est rare que les deux jambes soient atteintes toutes les deux à la fois, et généralement la compression se fait surtout sentir dans le côté où la malade s'incline de préférence. La douleur siége sur le côté antérieur et interne de la cuisse, et suit le trajet du nerf crural. Elle peut se continuer le long du nerf sciatique, jusqu'au mollet et même jusqu'au talon et à la plante du pied. J'ai vu une malade qui, au neuvième mois, fut prise d'une douleur névralgique dans les deux pieds, au-dessous de la plante. Elle ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout, ni même laisser pendre ses pieds, et cependant il n'y avait ni gonflement, ni rougeur, ni même sensibilité à la pression. Cette crise dura quinze jours. Une autre malade avait des douleurs très-vives et une altération de la sensibilité dans les extrémités des orteils, et elle n'avait ni gonflement ni douleur à la pression.

Les crampes peuvent être produites par la pression que l'utérus cause sur les nerfs, surtout pendant les derniers mois. Quand le bassin est assez large pour permettre à la tête du fœtus de descendre dans le bassin, la pression devenant plus grande, la douleur devient aussi plus prononcée. Les douleurs sont très-aiguës et se compliquent fréquemment de contractions musculaires : elles apparaissent brusquement et rendent la marche des malades très-incertaine. C'est ce qui arrive surtout quand elles se manifestent pendant la marche : ce sont elles et non point le changement dans le centre de gravité qui sont cause des chutes graves que font les femmes enceintes.

L'attaque peut se produire pendant la nuit aussi bien que pendant le jour, surtout peu de temps après le coucher. Cette affection se produit à un degré moins prononcé sous forme d'engourdissement : la malade

éprouve la sensation que produirait le picotement de milliers d'épingles ou d'aiguilles. Cette sensation alterne avec les crampes. Rien de plus ordinaire qu'une douleur vive dans la hanche en même temps que des fourmillements se font sentir dans les membres inférieurs. Ces accidents sont dus à la pression causée par l'utérus sur les nerfs sciatiques et sur les nerfs qui sortent à travers les orifices de la face antérieure du sacrum. Les crampes sont des symptômes souvent très-opiniâtres et très-ennuyeux, mais sans gravité (1). — Il est rare qu'elles entraînent aucun trouble sympathique général, à moins cependant que la malade ne soit privée de sommeil pendant longtemps.

§ III. — Traitement.

Cette affection est due à la compression. On n'a donc que fort peu d'action sur la cause, et le traitement ne peut être que palliatif. Il faut dans tous les cas surveiller avec soin l'état de l'estomac et des intestins. En général on se trouve très-bien d'associer des alcalins avec des toniques amers, par exemple un mélange d'infusion de gentiane, de teinture d'oranges amères, avec une solution alcaline, trois cuillerées à bouche par jour. Il faut en même temps maintenir le ventre libre. Dans les cas graves, on a préconisé les sangsues, mais ordinairement ce moyen est inutile. On prescrira une boisson rafraîchissante; un emplâtre opiacé et belladoné sera très-utile. Mais tous ces remèdes échouent, si l'on n'a soin en même temps de placer la malade dans une position telle que la compression soit évitée ; alors les remèdes actifs deviennent inutiles.

CHAPITRE VI

VARICES

La dilatation des veines avec épaississement des parois vasculaires, comme conséquence de l'arrêt de circulation, est un accident fréquent de la grossesse : il n'est d'ailleurs ni très-grave ni très-pénible. Les femmes d'une constitution molle et pléthorique paraissent être surtout exposées à cet accident.

Les varices varient beaucoup comme siége. Le point où elles sont le plus fréquentes est la jambe au-dessous du genou : mais les veines de la cuisse sont elles-mêmes gravement compromises. Les veines de l'abdomen, des grandes lèvres, du vagin et même du col utérin peuvent aussi devenir variqueuses par la même cause, mais le fait est plus rare.

(1) Denmann, *Midwifery*, p. 161.

[[On a vu précédemment que la même dilatation pouvait se produire du côté des veines du rectum, et constituer les hémorrhoïdes.]]

§ I. — Causes.

La cause principale, si ce n'est la seule, est la pression exercée par l'utérus pendant la dernière période de la gestation. Des varices peuvent se produire dans une première grossesse, mais elles deviennent beaucoup plus fréquentes aux grossesses suivantes.

D'abord, les varices ne paraissent que dans les derniers mois, mais ensuite, quand les vaisseaux ont subi une certaine dilatation, le moindre accroissement de volume de la matrice suffit pour les faire reparaître. Sur certaines malades, l'apparition de varices à la jambe est le premier signe de grossesse. Quand la matrice incline plus sur un côté que sur l'autre, un seul membre peut être atteint, pendant que l'autre conserve son volume normal. La constipation augmente les accidents, et peut surtout produire les varices des veines du vagin. Du reste ce n'est pas seulement la grossesse qui produit ces dilatations, toute maladie de l'ovaire ou de l'utérus peut également les produire.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes n'ont rien de remarquable. Les malades se plaignent d'une gêne et d'une lourdeur dans le membre : elles ont de la peine à marcher, mais en somme n'éprouvent pas de vraie douleur. Quand les veines de la vulve ou du vagin sont intéressées, elles éprouvent dans les parties une pesanteur spéciale et des poussements. A l'examen du membre on se rend compte de ces divers phénomènes, et, s'il s'agit du vagin, on trouve le canal rétréci par suite du gonflement et de l'épaississement de la membrane muqueuse. Quand c'est le col utérin qui est devenu variqueux, on constate avec le doigt un état semblable. Quand les varices sont très-distendues, il peut se faire, assez rarement cependant, que les parois des vaisseaux se rompent et il y a hémorrhagie (1). Ces accidents sont beaucoup plus fréquents pendant le travail, quand les veines du col utérin sont prises et il en résulte des conséquences quelquefois très-sérieuses. On a admis que la tumeur sanguine des lèvres, dont je parlerai plus tard, est le résultat d'une rupture de ces veines variqueuses, et il est très-possible qu'il en soit ainsi dans certains cas. Le fait, toutefois, n'a pas été bien prouvé et il ne peut pas être très-fréquent si l'on se rappelle combien on voit de cas de varices des lèvres sans rupture.

(1) Le docteur Cramer a rapporté un cas très-malheureux de rupture d'une veine vaginale chez une femme enceinte, au moment où elle avait des rapports avec son mari (*Medizinische Zeitung*, 11 mars 1843, et *Dublin Journal*, vol. XVII, p. 514).

Après l'accouchement, les veines reviennent peu à peu à leur état normal, à moins cependant que la femme n'ait eu beaucoup d'enfants en peu de temps. Dans ce cas les parois vasculaires sont tellement hypertrophiées que la maladie reste permanente au moins pour plusieurs années. Si la malade marche ou reste debout trop longtemps, les veines peuvent s'enflammer, ce qui donne lieu à des douleurs très-vives et l'inflammation devient difficile à combattre. Après l'accouchement on voit souvent chez des malades une grande disposition à cette inflammation.

§ III. — Traitement.

La maladie étant le résultat d'une cause mécanique que l'on ne peut faire disparaître, il est évident que l'on ne peut compter sur une guérison qu'après l'accouchement. Tout ce que l'on peut faire est de soutenir le membre et de diminuer la distension veineuse au moyen d'un bandage très-ferme que l'on applique le matin quand les veines sont le moins distendues. Quand il y a hémorrhagie, on l'arrête le plus souvent par la compression. Le repos au lit sera souvent le meilleur moyen. Si un seul membre est affecté, on fera coucher la malade sur le côté opposé. On a proposé divers procédés pour la cure radicale des varices ; mais, comme aucun de ces procédés n'est applicable pendant la grossesse, nous n'avons pas à nous en occuper ici (1).

CHAPITRE VII

ŒDÈME. — ANASARQUE

Pendant les derniers mois de la grossesse, les malades se plaignent souvent de gonflements des extrémités inférieures; gonflements qui augmentent vers le soir et donnent lieu à divers inconvénients. Les femmes d'une constitution lymphatique sont les plus exposées à cet accident, bien que les femmes robustes et pléthoriques n'y échappent pas toujours.

Le degré de l'infiltration varie beaucoup. Il peut être borné aux pieds et aux jambes, il peut remonter jusqu'aux cuisses, à la vulve et même aux hanches. Dans quelques cas l'anasarque est encore plus généralisé et l'on voit les parties supérieures du corps, les mains et la face même, devenir œdémateuses (2).

§ I. — Causes.

Dans un grand nombre de cas cet œdème est uniquement produit par

(1) Voyez Philipeaux, *Traité de la cautérisation*. Paris, 1856.
(2) Imbert, *Maladies des femmes*, vol. I, p. 421.

la pression de l'utérus ou, suivant M. Imbert, par la complication d'une maladie du système nerveux. Dans une seconde classe de faits, l'anasarque dépend d'un état général atonique; dans une troisième classe, l'œdème a un caractère plus actif et il se produit sous l'influence de la pléthore : suivant les causes, les symptômes sont très-différents. Le degré de l'infiltration paraît ordinairement en rapport avec le développement de l'utérus. Dans les cas de grossesse double ou triple, elle est extrêmement considérable.

[L'œdème se montre aussi en même temps que l'albuminurie chez les femmes enceintes. Il ne faudra donc jamais négliger l'examen des urines à ce point de vue, car la coïncidence de ces deux symptômes annonce souvent, surtout chez une primipare, l'éclampsie.]

§ II. — Symptômes.

Quand l'infiltration est passive ou quand elle est le résultat d'une pression, il n'y a que des symptômes mécaniques. Le membre est gonflé, demi-transparent, lourd , la malade ne peut marcher qu'avec peine, la sécrétion urinaire est généralement diminuée. Les accidents sont beaucoup plus prononcés si l'infiltration remonte jusqu'aux cuisses : la malade en est réduite à ne pas pouvoir rapprocher les cuisses, et ce peut devenir pour elle aussi pénible de marcher et de s'asseoir. Pendant la grossesse, l'infiltration des lèvres n'entraine pas de grands inconvénients, mais au moment de l'accouchement, si elle est considérable, elle peut empêcher la sortie de la tête de l'enfant. Le changement de position a une grande influence. Le matin l'anasarque est à peine perceptible; il augmente pendant le jour, et le soir il arrive à son maximum de distension. Après l'accouchement, l'œdème disparaît immédiatement sans laisser aucune trace fâcheuse.

Tel est le cours ordinaire des choses : à côté des faits ordinaires , on peut voir se développer un érysipèle sur la peau distendue, ou un phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané. L'érysipèle suit son cours puis disparaît, ou bien l'inflammation peut gagner le tissu cellulaire et se terminer par un abcès. La peau qui recouvre l'abcès peut se perforer ou même se gangrener.

Quand la maladie dépend d'une hydropisie diathésique , elle est beaucoup plus générale : elle gagne aussi bien les parties supérieures que les parties inférieures, et s'accompagne de chaleur, de sensibilité à la pression, de tension des parties. Le pouls est plus ou moins accéléré.

Il y a une forme de la maladie beaucoup plus sérieuse que l'on doit distinguer avec le plus grand soin de la forme passive. J'ai déjà dit que dans cette forme d'hydropisie il y a des convulsions, soit avant, soit pendant l'accouchement : ces convulsions causent toujours un grand effroi et nécessitent un traitement immédiat. De plus, elles ne cèdent pas nécessai-

rement après l'accouchement. Il peut, du reste, s'être fait en même temps des épanchements dans les cavités séreuses, ce qui compromet notablement la vie des malades.

§ III. — Diagnostic.

Il y a deux points à considérer : le premier est de s'assurer si l'anasarque vient bien d'une grossesse ou d'une maladie quelconque; le second est de distinguer l'œdème passif de l'œdème actif. La présence ou l'absence de modifications dans la constitution générale répondent à la seconde question.

§ IV. — Pronostic.

Aussi longtemps que la maladie est passive, le pronostic est favorable (1) : mais s'il survient un érysipèle ou un phlegmon, le pronostic varie suivant la gravité des complications.

Quand l'hydropisie est aiguë et générale, le pronostic est toujours grave ; si l'attaque est violente, la mort peut survenir.

§ V. — Traitement.

Le repos au lit ou sur un canapé suffit pour faire disparaître l'œdème par pression dans les cas modérés. S'il est très-considérable, il faut ajouter l'emploi de purgatifs salins doux et de diurétiques énergiques. Dans les cas extrêmes, si l'on craint que la peau ne s'altère par trop de distension, il faut évacuer le liquide au moyen de piqûres ou de ponctions sur les pieds ou les mains, avec une aiguille ou une lancette. Quand le gonflement des lèvres empêche la tête de passer, il faut de même faire des ponctions. S'il survient un érysipèle, outre les moyens ordinaires de traitement, il faut faire des incisions cutanées sur les points enflammés. Si un abcès se forme, il faudra donner issue au pus.

Quand l'hydropisie est générale et compliquée de fièvre, le traitement peut être beaucoup plus actif. Dans quelques cas, il faut faire une saignée du bras et administrer un purgatif énergique : du tartre émétique, par exemple, à petites doses. Ces divers moyens doivent être renouvelés et modifiés suivant la violence de la maladie ; et, en général, on arrive à s'en rendre maître si l'on est appelé assez tôt.

(1) [Le pronostic n'est pas à beaucoup près toujours aussi favorable que paraît le croire l'auteur, surtout quand il s'agit d'une primipare. Il ne nous semble pas que l'absence de phénomènes réactionnels doive écarter toute inquiétude, car l'œdème le plus simple, surtout si les urines sont albumineuses, peut être le précurseur même éloigné des accidents les plus graves. On ne saurait donc, en pareil cas, être trop réservé.]

CHAPITRE VIII

ASCITE, HYDROTHORAX

Chez quelques femmes, la diathèse hydropique est tellement accusée que le liquide se répand, non-seulement dans le tissu cellulaire, mais encore dans l'une ou l'autre des cavités naturelles. Ce sont presque toujours des faits d'hydropisie aiguë ou inflammatoire accompagnant ou précédant la grossesse. Ces accidents se produisent d'ordinaire dans les derniers mois.

§ I. — Symptômes.

Le pouls est rapide, fébrile, et la douleur que j'ai décrite antérieurement comme accompagnant l'hydropisie aiguë peut venir compliquer ce développement de l'abdomen pendant la grossesse. Il n'y a que peu de sensibilité des parois, mais la fluctuation est très-évidente. Les fonctions de l'estomac sont quelquefois troublées; la peau est sèche et l'urine est peu abondante. Les signes fournis par l'auscultation sont plus faibles et plus éloignés, et les mouvements de l'enfant sont à peine appréciables. La malade éprouve une grande difficulté à se mouvoir, et, quand elle est couchée, elle souffre généralement de dyspnée et d'insomnie; ou, si elle dort, son sommeil est agité par des cauchemars. L'ascite est, en général, accompagnée ou précédée de l'œdèmes des pieds et des chevilles. Dans beaucoup de cas, le travail commence prématurément et l'enfant succombe. D'autres fois l'ascite disparaît avant l'époque de l'accouchement, et le travail se fait naturellement et avec un plein succès.

D'autres fois enfin, sans qu'il y ait ni irritation ni fièvre, l'hydropisie persiste. Alors, au moment du travail, l'accumulation du liquide ralentit toutes les fonctions, en privant les malades de l'aide fournie par les muscles abdominaux. Mais il est rare que ce retard entraîne aucun danger. Si l'hydropisie disparaît après le travail, la malade s'en trouve beaucoup mieux; mais ce n'est pas toujours le cas, et alors la convalescence est difficile et incomplète. Si même la constitution a été profondément altérée, la malade peut mourir subitement.

Il est difficile de dire quel effet l'ascite produit sur l'enfant et jusqu'à quel point il peut hériter de la maladie. Dans certains cas l'enfant est venu mort et il y avait épanchement d'eau dans le péritoine. Dans d'autres l'enfant est venu fort et bien portant.

La disparition du liquide après l'accouchement est due à l'absorption très-active qui se fait alors, ou à la suspension de sécrétion. Quelquefois

aussi la sérosité s'écoule par les trompes de Fallope et ensuite par l'utérus : c'est probablement après l'expulsion du fœtus que le liquide prend cette voie. Dans ces cas malheureusement trop rares l'accouchement peut donc être considéré comme un mode naturel de guérison pour l'hydropisie, Davis a rapporté l'exemple d'une femme qui avait été plusieurs fois guérie d'hydropisie de cette façon. Une fois le liquide sorti par les voies génitales, la malade faisait usage d'infusions chaudes et de préparations ferrugineuses et elle recouvrait rapidement la santé. Dans les cas de ce genre les femmes devenant une deuxième fois enceintes peuvent donc être atteintes des mêmes accidents, et il se peut aussi qu'elles n'éprouvent rien d'anormal. Consulté sur ce point, le médecin doit répondre que l'accouchement peut guérir l'hydropisie comme il peut n'avoir sur elle aucun effet favorable. Il ne faut donc ni effrayer les malades ni leur donner trop d'espérance (1).

Il y a des cas, heureusement rares, dans lesquels l'épanchement se fait soit dans la plèvre, soit dans l'arachnoïde, ce qui donne lieu à la dyspnée, ou à de la stupeur ou à du coma.

Ces cas, s'ils ne sont pas vigoureusement traités, peuvent très-souvent devenir mortels.

§ II. — Diagnostic.

La première question à se poser est celle-ci : la femme est-elle enceinte ou hydropique? Et en second lieu, si elle est hydropique, est-elle en même temps enceinte? Nombre de fois on s'est trompé à ce sujet. Il faut donc rechercher avec soin les signes de grossesse et, s'ils existent, peser attentivement ceux qui pourraient être communs à la grossesse et à l'ascite. Ces règles de conduite ont été exposées avec le plus grand soin par les auteurs de médecine légale et spécialement par Kennedy, Montgomery, Briand et Chaudé (2) et Ambroise Tardieu (3).

Une difficulté qui se présente est de distinguer l'ascite qui complique la grossesse d'une hydropisie de l'amnios. Si l'abdomen n'est pas trop tendu, en faisant mettre la malade sur le dos on trouve, en cas de grossesse, la tumeur formée par l'utérus au milieu du liquide de l'abdomen.

§ III. — Pronostic.

D'après ce que nous avons dit, on comprend que le pronostic doit être entièrement réservé. La malade peut, sans aucun doute, se rétablir complétement; mais, si l'irritation est grande ou si la constitution est notablement altérée, elle peut succomber après l'accouchement, qu'elle ait

(1) Davis, *Obst. med.*, vol. II, p. 878.
(2) Briand et Chaudé, *Manuel complet de médecine légale*, 9e édition. Paris, 1873.
(3) A. Tardieu, *Étude médico-légale sur l'avortement, suivie d'observations sur les grossesses fausses et simulées*, 3e édition. Paris, 1868.

été ou non jusqu'au terme normal. Le pronostic est encore plus sérieux quand la malade n'en est pas à une première grossesse. En pareil cas surtout l'hydropisie peut faire de rapides progrès et devenir fatale après l'accouchement.

Quelquefois l'hydropisie détermine un accouchement prématuré et la malade dépérit graduellement et meurt après la délivrance.

Les cas de ce genre sont très-difficiles à traiter (1).

§ IV. — Traitement.

Tant que l'hydropisie est peu abondante, il faut se contenter d'agir sur les intestins. Mais si la maladie devient plus sérieuse, il faut avoir recours à la saignée, aux diurétiques et aux purgatifs salins. La malade gardera la position qui lui est la plus favorable et devra surtout faire usage d'une nourriture solide et fortement nutritive.

Si, malgré tout, l'hydropisie augmente dans l'abdomen ou dans la poitrine, il peut devenir indispensable d'avoir recours à la paracentèse abdominale (2) et à l'accouchement prématuré (3). Si l'enfant est fort et vigoureux, il serait à souhaiter que la mère supportât les risques de la paracentèse; mais, dans la majorité des cas, je n'hésite pas à préférer l'accouchement prématuré, surtout après le septième mois. On évite ainsi tous les risques pour la mère et l'on n'en sauve pas moins la vie de l'enfant. D'ailleurs la paracentèse donne souvent lieu à un accouchement prématuré, on fait donc courir ainsi à la mère des risques inutiles. En supposant, en outre, que le médecin se soit trompé, on évite encore tous les dangers d'une opération.

Si malgré tout on fait la ponction, il faut prendre la plus grande précaution pour éviter l'utérus et ne pas donner lieu plus tard à une péritonite (4). Si l'ascite est due à une maladie organique, il y a peu de chose à faire, mais il peut être nécessaire de ponctionner l'abdomen, soit pour déterminer un travail prématuré, soit pour débarrasser la mère des dangers que l'hydropisie lui fait courir.

(1) Campbell, *Midwifery*, p. 547.
(2) Burns, *The principles of midwifery*, p. 269.
(3) Blundell, *Obstetricy*, p. 186.
(4) Voyez Cooper, *Surgical Dictionary*.

LIVRE III

MALADIES DES FEMMES APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Il est impossible d'établir dans ces maladies aucune classification régulière, à cause de leur mode irrégulier de production et du grand nombre de tissus qu'elles intéressent.

Afin de bien définir les limites de l'état morbide, je décrirai d'abord les phénomènes ordinaires de la convalescence avec les oscillations diverses qu'ils peuvent présenter en dehors de toute maladie, et j'ajouterai quelques conseils applicables aux femmes qui viennent d'accoucher.

Nous avons ensuite décrit : 1° les maladies qui portent sur le système utérin et celles qui en dérivent directement; 2° certaines affections fébriles; 3° les maladies du sein, et enfin 4° certaines maladies du système vasculaire.

SECTION PREMIÈRE

HYGIÈNE DES NOUVELLES ACCOUCHÉES

CHAPITRE PREMIER

DE LA CONVALESCENCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Nous supposerons d'abord que la malade avant son accouchement était forte et d'une bonne santé; que les phénomènes et la durée du travail ont été naturels, c'est-à-dire moins de vingt-quatre heures; que suivant les règles habituelles la première et la deuxième période du travail ont duré chacune d'une à deux ou trois heures et qu'il n'est survenu aucune complication, telle que convulsions, hémorrhagies, etc.

Si l'on examine l'état de la malade quelques heures après l'accouchement, on trouve un changement notable dans l'état local et dans l'état général, lequel ne peut être attribué seulement à la fatigue. Le système nerveux est plus ou moins affecté; les sécrétions sont modifiées, et il s'en

produit de nouvelles. Le système utérin lui-même est complétement modifié, la circulation est troublée, etc.

Examinons rapidement ces diverses modifications.

ARTICLE PREMIER

SYSTÈME NERVEUX

L'altération soudaine des yeux, la sensibilité accrue ou diminuée du cerveau, le trouble des fonctions respiratoires et du système vasculaire, la modification des sécrétions, l'épuisement général, etc., etc... tout sert de preuve pour démontrer l'intensité des troubles du système nerveux. Quand l'accouchement a été facile, cet ébranlement n'est pas considérable et la malade se rétablit promptement. Mais il n'en est pas de même quand l'altération a été plus profonde. Je ne puis être de l'avis des médecins qui attribuent cet état particulier de la malade aux fatigues qu'elle a eu à supporter. Hamilton, d'Edinburgh, est du même avis et considère l'ébranlement nerveux comme un effet du travail. Si l'on met la malade à l'abri de toute cause d'excitation ou d'émotion, l'ébranlement général dure peu de temps et la malade dort quelques heures. Suivant la rapidité avec laquelle ces accidents divers disparaissent, on préjugera du rétablissement et de la santé consécutive des malades.

ARTICLE II

SYSTÈME CIRCULATOIRE ET RESPIRATOIRE

Les troubles qu'ont à supporter les appareils circulatoire et respiratoire prouvent tout au moins un ébranlement nerveux et une fatigue musculaire. Par suite de recherches minutieuses, j'en suis arrivé aux résultats suivants : Pendant la deuxième période d'un accouchement, le pouls, très-variable suivant les individus, devient beaucoup plus fréquent. Immédiatement après l'accouchement, le pouls tombe en partie; il descend d'autant plus que la fréquence était plus grande. Au bout de quelques heures, il se fait une réaction fébrile, qui tombe et disparaît en même temps que la sécrétion du lait se produit. Comme exemple de ces faits, supposons que le pouls soit à cent vingt pulsations : au moment du collapsus, il tombera peut-être à soixante. Une réaction nouvelle a lieu et le pouls s'élève jusqu'à cent ou cent dix pulsations.

Je ne donne pas ce fait comme étant en rien la règle, mais comme un exemple des faits que j'ai souvent observés. Je n'ai jamais d'ailleurs pu me rendre compte de l'état du pouls pendant la montée du lait comparé à l'état antérieur. Nous verrons même plus tard ce que l'étude de ces états divers a d'importance, quand nous étudierons les oscillations diverses qui se font autour de l'état normal : qu'il nous suffise de dire pour le mo-

ment que j'ai rarement vu manquer ces phénomènes sans qu'il n'y ait une cause sérieuse.

[Les figures 244 et 245, dit M. Marey (1), sont des exemples de ralentissement du pouls après l'accouchement. D'après la forme du tracé, ce

Fig. 244. — Pouls ralenti après l'accouchement.

ralentissement, signalé par Hipp. Blot (2), nous semble, aussi bien que celui de l'ictère, produit par une élévation de la tension artérielle. Une pareille rareté des battements du cœur s'accompagnerait de rebondissements mul-

Fig. 245. — Pouls ralenti après l'accouchement.

tiples et très-prononcés de la pulsation, si la tension artérielle n'était pas très-élevée. Il ne faut donc pas attribuer cette rareté du pouls à une influence primitivement portée sur le cœur, mais à une modification de la circulation périphérique. Nous avons émis l'hypothèse que l'élévation de la tension artérielle après l'accouchement peut tenir à l'oblitération des vaisseaux utérins qui, pendant la grossesse, fournissaient une large voie pour le passage du sang des artères dans les veines. Mais ce n'est là qu'une supposition sur laquelle nous ne nous appesantirons pas.]

A la suite d'un accouchement naturel, quand l'ébranlement nerveux a été modéré, la fréquence de la respiration est en rapport avec celle du pouls. Pendant l'accélération du pouls, le nombre des inspirations est beaucoup plus grand (le pouls étant devenu plus fréquent dans la seconde période); elles deviennent plus rares avec la période de collapsus.

ARTICLE III

UTÉRUS, COL UTÉRIN, VAGIN, TÉGUMENTS ABDOMINAUX

I. *Utérus.* — Immédiatement après l'accouchement, l'utérus se contracte plus ou moins énergiquement. Les diamètres en arrivent à ceux que présente la tête d'un enfant. Cette contraction est utile à plusieurs points

(1) Marey, *Physiologie médicale de la circulation du sang*. Paris, 1863, p. 546.
(2) Blot, *Du ralentissement du pouls dans l'état puerpéral* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 juillet 1863, t. XXVIII, p. 125).

de vue: elle empêche les hémorrhagies, elle débarrasse la cavité utérine et diminue le calibre des artères et des veines utérines. Après une courte période de contractilité, l'organe tombe dans le relâchement pour entrer ensuite de nouveau en contraction. Ces contractions répétées et l'absorption qui s'exerce sur toutes les parties réduit peu à peu le volume de l'utérus, et, vers le huitième ou le dixième jour, l'organe est devenu assez petit pour descendre dans le bassin.

Jusque-là l'organe peut-être examiné à travers les parois abdominales relâchées, et l'on se rend ainsi compte de ses diverses conditions. Mais, une fois l'organe réduit, on ne sent plus au niveau du détroit supérieur que le fond de la matrice, et après une semaine l'organe disparaît entièrement. Quelques auteurs, tels que Murat et Ramsbotham, attribuent cette rapide diminution de volume aux contractions utérines seules; d'autres avec Hamilton pensent que l'absorption agit en même temps avec rapidité, et les recherches récentes de Hamilton confirment cette opinion. Heschl décrit minutieusement cette marche des organes, et ses recherches confirment celles de Retzius (de Stockholm).

[Sur 38 femmes (20 multipares, 18 primipares) que nous avons pu observer au point de vue qui nous occupe, l'utérus, au moment du travail, s'élevait en général au-dessus du pubis de 20 à 22 centimètres, et avait, dans le sens transversal, de 16 à 18 centimètres. Après l'expulsion des caillots qui suivent la sortie du placenta, l'utérus, devenu sphéroïde, dur, résistant, est contracté; il ne présente plus que 11 à 12 centimètres dans le sens vertical, et 9 à 10 dans le sens transversal. Au bout d'une demi-heure, et pendant les quelques heures qui suivent l'accouchement, le volume augmente un peu (diamètre vertical, 13 à 14 centimètres; diamètre transversal, 11 à 12 centimètres); mais, à partir de ce moment, il diminue graduellement, et à peu de chose près d'une manière égale. Le deuxième jour, on trouve que ses diamètres ont diminué de 1 centimètre à 1 centimètre et demi; le vertical est souvent alors un peu plus petit que le transversal. Le troisième jour, dans la plupart des cas, il n'y a pas de changements notables, excepté chez les femmes qui ont eu, dans l'intervalle des deux examens, de fortes tranchées utérines et un écoulement lochial abondant au moment de la contraction. J'ai observé que, jusqu'au troisième jour et demi, le volume du globe utérin restait stationnaire, et pendant ce temps il paraissait plus mou et moins arrondi; cette inaction coïncidait toujours avec l'apparition de la fluxion mammaire. Dès la fin du quatrième jour, la rétrocession se poursuit d'une façon régulière et continue. La distance qui sépare l'utérus de la symphyse pubienne varie entre 6 et 7 centimètres; ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'elle est moindre. Pendant chacun des jours suivants, la différence constatée oscille entre un demi-centimètre et un centimètre.

Le sixième jour, on trouve l'utérus dur, la face antérieure est moins convexe, il s'élève au-dessus du détroit supérieur de 4 ou 5 centimètres.

Ce n'est que le dixième jour en général, quelquefois le onzième, qu'il a disparu derrière la symphyse pubienne ; mais encore à ce moment, si les parois abdominales sont minces ou éraillées sur la ligne médiane, on peut, en recourbant les doigts en crochet, sentir le fond de l'utérus qui est descendu dans l'excavation pelvienne.

Chez les primipares, la disparition de l'organe derrière la symphyse pubienne a lieu un peu plus rapidement que chez les multipares. Mais la différence n'est pas tout à fait aussi considérable que celle qu'indique Cazeaux. Chez les multipares que j'ai observées, c'était le treizième jour environ que l'utérus n'était plus senti dans l'aire du détroit supérieur; c'était le dixième en général chez les primipares. Je dois ajouter que, pour ces dernières, les parois abdominales ne présentent que rarement des conditions aussi favorables à l'exploration que chez les premières.

Il se présente certains faits cependant qui ne rentrent pas dans le tableau que je viens de tracer du retrait utérin : la matrice, en effet, sans cause aucune, reste volumineuse beaucoup plus longtemps, et quelquefois, comme je le dirai, assez pour constituer une véritable maladie. Je n'ai jamais vu les choses arriver à ce point; mais j'ai vu des utérus dont le retrait derrière les pubis n'avait lieu qu'au bout de dix-huit, vingt, et une fois même vingt-deux jours, sans qu'aucun accident soit venu troubler la santé générale de ces femmes (elles étaient seulement sujettes à des écoulements leucorrhéiques).

Je n'ai jamais vu un seul cas dans lequel l'utérus n'était plus accessible à la palpation dès le quatrième jour.

Pendant tout ce temps, la matrice, qui, dans la majorité des cas (79 sur 100), est située à droite, tend à revenir vers la ligne médiane.

Il s'en faut de beaucoup encore, quoique la main n'atteigne plus l'organe par la paroi abdominale, que l'utérus ait repris ses conditions primitives; le toucher vaginal-rectal, nous permettra seul d'apprécier l'état dans lequel il se trouve.

La laxité des ligaments, la mobilité dont il jouit encore, la diminution du volume, lui ont permis de céder à l'action de la pesanteur; il s'enfonce dans l'excavation; on constate que son segment inférieur, encore très-développé (il a approximativement de 4 à 5 centimètres de diamètre), a déprimé le cul-de-sac vaginal; le col est situé plus bas dans le vagin; par le rectum on sent encore sa face postérieure dure, convexe, offrant des dimensions considérables qu'on ne peut évaluer qu'à peu près; à ce moment, la résorption paraît se faire beaucoup plus lentement. En effet, ce n'est que huit ou dix jours plus tard qu'on peut constater une différence sensible ; le volume a légèrement diminué, l'utérus déprime moins le cul-de-sac vaginal, il est moins mobile. Enfin, chez les femmes que j'ai examinées trois mois après l'accouchement, les conditions primitives, situation, forme, direction, consistance, mobilité, semblaient s'être rétablies, le volume m'a toujours paru un peu plus considérable.

Jamais l'utérus n'était revenu complétement à son état antérieur à la sixième semaine ni au deuxième mois (1).]

Il peut être intéressant d'avoir un aperçu rapide des modifications diverses qu'ont eu à subir les tissus, d'après les recherches les plus récentes. Suivant Heschl (2), les fibres utérines subissent une transformation tout à fait graisseuse, laquelle commence entre le quatrième et le huitième jour. A mesure que cette transformation graisseuse fait des progrès, l'utérus devient friable : les tissus environnants disparaissent par absorption; les fibres perdent elles-mêmes la coloration rouge et deviennent jaunâtres. A peu près vers la quatrième semaine, l'utérus ayant repris son volume normal, on voit se former un nouveau tissu dans le corps même de l'organe et dans les couches extérieures il se forme des noyaux, puis des cellules, et enfin ces cellules elles-mêmes se transforment en véritables fibres musculaires. A mesure qu'elles se développent, le tissu ancien est résorbé et la nouvelle transformation est achevée à la fin du deuxième mois. Au moment où ce travail intérieur se passe dans le col, il se produit souvent des hémorrhagies qui donnent aux tissus une apparence ecchymotique que l'on peut prendre ensuite pour les effets de l'accouchement. Les veines et les capillaires subissent d'ailleurs une transformation semblable à celle des fibres musculaires.

[[M. Ch. Robin pense que ces éléments diminuent simplement de volume et il rejette absolument l'opinion de Heschl, d'après laquelle les fibres-cellules se résorberaient pour être toutes remplacées par des fibres de nouvelle formation (3).

Kölliker admet que la diminution de volume de l'organe est due principalement à l'atrophie des éléments contractiles, et que trois semaines après la grossesse, ces éléments, dans lesquels se sont déposées des granulations graisseuses, ont repris la longueur qu'ils présentent dans l'utérus vierge. Peut-être cependant, dit cet auteur, certaines fibres-cellules sont-elles complétement résorbées (4).]]

L'état de la cavité utérine présente aussi un grand intérêt. Deux ou trois jours après l'accouchement, la membrane muqueuse paraît lâche, froncée, en partie ramollie et recouverte par les débris de la membrane caduque. La portion à laquelle était fixé le placenta est un peu plus saillante, la surface en est inégale et semblable à un ulcère granuleux. Les dimensions sont notablement réduites. Cette surface interne de l'utérus est d'un brun cendré, ce qui, avec la couleur de l'écoulement, pourrait faire croire à un état morbide des parties. En pareil cas on a cru à de la gangrène. Si on fend les parois utérines, on reconnaît qu'elles

(1) Wieland, *Étude sur l'évolution de l'utérus*, thèse. Paris, 1858.
(2) Heschl, *Remarque sur l'état de l'utérus après l'accouchement*, trad. par R. M'Donnel (de Dublin).
(3) Robin, *Dict. de médecine, art.* UTÉRUS, 13e édit., Paris, 1873.
(4) Kölliker, *Éléments d'histologie humaine*, 1871.

sont moins denses qu'à l'état normal et que les fibres sont plus distinctes les unes des autres. Les sinus sont beaucoup plus prononcés et au niveau de l'insertion placentaire on trouve des amas de caillots.

L'orifice et le col de l'utérus sont couverts d'ecchymoses et, parfois, on aperçoit de petites déchirures sur les lèvres de cet orifice. Le col reste entr'ouvert pendant plusieurs jours, puis il revient peu à peu sur lui-même. Suivant Heschl, le point d'insertion placentaire subit, comme le reste, la transformation en substance graisseuse et, ensuite, en tissu nouveau. Suivant Cruveilhier, Fergusson et autres, la membrane muqueuse tombe après l'accouchement, et les fibres musculaires restent à nu. Heschl a décrit ces transformations, mais il avoue que les faits ne sont pas très-clairs à ses yeux. Quelques jours après l'accouchement, la surface interne de l'utérus est couverte d'une substance rougeâtre, flasque, semblable à de la bouillie et formée par un épithélium cylindrique et par une substance celluleuse, dans laquelle on voit paraître les vaisseaux à la troisième semaine et, plus tard, les glandes. Il est à remarquer que cette exfoliation de la membrane muqueuse après l'accouchement est le seul fait de chute physiologique d'une membrane muqueuse et, d'après les quelques observations que j'ai été à même de faire, je suis disposé à partager l'avis de Duncan (1), que cette exfoliation n'a lieu qu'au niveau de l'insertion du placenta. Duncan a examiné avec le plus grand soin plusieurs utérus, et aucun n'était dépouillé de la membrane muqueuse. Dans un cas où la mort était survenue le quatrième jour après l'accouchement, il put constater que toute la surface interne de l'organe était tapissée par une membrane muqueuse. Il y avait déchirure au niveau de l'insertion placentaire dans une étendue de 3 à 4 pouces; aux orifices des veines, il y avait un grand nombre de caillots; partout ailleurs la membrane muqueuse était distincte et elle était couverte par les lochies. En grattant la première couche, on enlevait facilement les lochies et l'épithélium, et l'on voyait distinctement au-dessous la membrane muqueuse avec sa structure fibreuse.

[La nature du tissu qui double le col de l'utérus après l'accouchement n'a jamais soulevé la moindre objection; il n'en est pas de même pour la cavité du corps.

Cruveilhier (2) dit qu'après avoir eu de la peine à admettre les opinions de Coste sur la nature de la caduque utérine, il s'est pourtant rendu à l'évidence, après l'examen d'un certain nombre de pièces; mais il croit qu'après la parturition la muqueuse, détachée complétement, laisse à nu les fibres utérines, et elle tombe, dit-il, « comme la peau qui revêt le bois du cerf, à chaque renouvellement de ce bois ». L'opinion de Cruveilhier a eu des adeptes, non-seulement en France, mais encore à l'étranger :

(1) Duncan, *On the internal surfaces of the human uterus after delivery* (*Brit. and for. med. chir. Review*, octobre 1853, p. 506).

(2) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1856, t. III, p. 939.

Fergusson l'accepte de tous points. C'est sur ce fait de l'absence de tunique muqueuse après l'accouchement que sont fondées les idées qu'ont émises, sur la nature de certaines formes de fièvre puerpérale, les auteurs qui voient dans une lésion de l'utérus l'origine de cette grave affection.

Dans certains cas spéciaux, on a confondu avec de fausses membranes la muqueuse utérine, dont l'intoxication générale avait profondément modifié la vitalité, d'autant plus facilement que les éléments de la nouvelle membrane sont encore incomplétement développés, et que leur nutrition a été troublée par le fait même de la parturition. Dans d'autres circonstances, cette muqueuse, par les mêmes causes, s'est transformée en une sorte de putrilage que les mêmes pathologistes regardent comme le phénomène primordial de la fièvre puerpérale. Il est hors de doute cependant que, dans des faits d'un autre ordre, l'inflammation donne naissance à des productions nouvelles, et pervertit les fonctions normales de l'utérus au point de déterminer des accidents analogues à ceux que produirait la fièvre puerpérale; mais alors, comme l'a dit M. Tarnier (1), les affections développées sous cette influence ne diffèrent pas, dans leur expression symptomatologique, de ce qu'elles sont en dehors de l'état puerpéral, qui aggrave étrangement le pronostic.

Parmi ceux-là même qui ne croient pas qu'au moment de l'accouchement il existe déjà à la surface interne de l'utérus une muqueuse de nouvelle formation, il en est qui, ne pouvant se refuser à admettre l'existence d'un revêtement intérieur distinct des fibres musculaires, l'attribuent à la caduque vraie, dont une partie serait restée adhérente au tissu musculaire (ce fait, pour M. Ch. Robin, serait vrai pour la partie placentaire); d'autres y voient une couche de lymphe coagulée, qui sera en partie résorbée, en partie exfoliée, et rendue avec les lochies. La production de cette fausse membrane nécessiterait, suivant eux, un travail inflammatoire qui, dans aucun cas, ne peut être compatible avec le travail physiologique qui s'opère dans l'utérus à cette époque, et que du reste ne trahit aucun des symptômes observés après l'accouchement lorsque les choses se passent régulièrement. Quelquefois de petits lambeaux de caduque sont restés plus adhérents dans certains points et sont éliminés un peu plus tardivement (ce sont ces portions qui, après l'immersion de l'utérus dans l'eau, flottent sous forme de fragments un peu plus larges que les petites houppes filamenteuses que j'ai signalées).

Coste, en établissant d'une manière définitive la nature muqueuse de la couche interne de l'utérus après l'accouchement, a fait connaître exactement le travail de réparation dont elle est le siége.

« Au quatrième mois de la grossesse, dit-il, la muqueuse utérine ou caduque commence à perdre les caractères de vitalité énergique qu'elle

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*. Paris, 1858.

avait eus jusqu'alors et les caractères extérieurs (état criblé, vascularisation); elle devient de plus en plus moins adhérente aux parois utérines; elle s'amincit, s'atrophie; elle devient caduque. En même temps, commence à apparaître entre elle et la paroi musculaire une membrane très-mince d'abord, molle, feutrée, homogène, de formation nouvelle. Cette couche est la première trace de la muqueuse qui succédera à la caduque après l'accouchement; elle s'épaissit peu à peu après la délivrance, elle tapisse la face interne de l'utérus, dont par conséquent les fibres musculaires ne restent pas à nu. » (Coste, cité par Ch. Robin.)

On retrouve dans cette muqueuse les mêmes éléments anatomiques que dans la muqueuse ancienne; ceux-ci sont imparfaits, mais ils se développeront ultérieurement. La surface utéro-placentaire seule a conservé la plus grande épaisseur de son ancienne tunique muqueuse; derrière elle, il n'y a pas encore de tissu nouveau. Celle-ci, en effet, pendant tout le temps de la grossesse, au lieu de voir, comme la caduque vraie ou réfléchie, ses éléments vasculaires disparaître, a reçu des vaisseaux plus nombreux et plus volumineux. Aussi n'est-il pas étonnant qu'après l'accouchement, cette membrane, congestionnée et ramenée sur elle-même par la contraction des fibres musculaires, forme dans l'utérus des saillies inégales et mollasses qu'on a pu prendre pour des cotylédons d'un placenta maternel qui n'existe pas. Plus tard cette muqueuse s'exfoliera petit à petit dès que commencera le travail qui reproduira les éléments du tissu nouveau.

Suivant M. Colin (1), ce n'est que du vingtième au trentième jour que la muqueuse commence à reprendre ses qualités, et au soixante-dixième jour après la délivrance, elle est complétement reconstituée. — Heschl croit qu'après l'accouchement le tissu est formé surtout d'épithéliums cylindrique et pavimenteux et de jeunes cellules, au milieu desquels les vaisseaux ne deviennent apparents qu'au bout de trois semaines et les glandes plus tard encore.

II. *Col utérin.* — Si l'on touche une femme qui vient d'accoucher, le doigt arrive facilement jusqu'à l'orifice interne, qui est entr'ouvert et admet sans difficulté l'extrémité de l'index; il présente tout au plus un diamètre de 2 centimètres, même chez les multipares. M. Négrier (2) a un peu exagéré ses dimensions, en accordant, chez la femme primipare, un diamètre de 3 centimètres à l'orifice supérieur, qui, selon lui, serait plus dilaté encore chez la femme multipare : c'est à ce moment qu'on peut aisément constater que ce qu'on appelle communément *orifice supérieur* n'est pas un simple resserrement annulaire, mais qu'il mérite mieux le nom d'*isthme de l'utérus*, que lui a donné Calza.

(1) Collin, thèse de Paris, 1847.

(2) Négrier, *Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus*, 1846.

M. Félix Guyon (1), après de nombreux examens anatomiques, a noté cette disposition sur les utérus en vacuité. Chez la femme nouvellement accouchée, l'orifice est bordé par un bourrelet qui a 8 ou 10 millimètres de hauteur; il est lisse et épais, un peu plus chez la femme multipare que chez la femme primipare. L'orifice est encore alors très-dilatable, et, sous des efforts modérés, il doit encore céder devant les caillots que l'utérus expulse après la délivrance, et il suffit, lorsque les circonstances l'exigent, d'introduire successivement un, puis deux et trois doigts, pour augmenter les dimensions de l'orifice, au point d'y introduire la main tout entière ; j'ai pu constater ce fait en pratiquant moi-même plusieurs délivrances artificielles. Au-dessous de l'isthme cervico-utérin, le col a repris de la longueur, moins toutefois qu'il n'en a à l'état normal ; il mesure environ 15 à 18 millimètres, la portion sous-vaginale en a de 8 à 10, et il s'en faut de beaucoup qu'il ait retrouvé aucun de ses caractères normaux. Il pend, mou et flasque, autour des bords de l'orifice supérieur, et tombe dans le vagin. Je le comparerai assez volontiers, pour sa manière d'être, à la luette, lorsque celle-ci est inactive ; au toucher, c'est avec peine qu'on distingue le tissu du col et celui du vagin. Les parois offrent une épaisseur plus grande à mesure qu'on se rapproche de la partie supérieure ; à l'extrémité inférieure, elles sont minces chez les primipares ; chez les multipares, ces parois offrent une épaisseur plus grande et à peu près égale dans toute l'étendue du col. Je n'ai que rarement pu, aussitôt après l'accouchement, ou même une ou deux heures après, constater les solutions de continuité que détermine sur cette portion de l'utérus le passage de l'enfant, je n'ai jamais observé que le toucher révélât dans le col une sensibilité plus considérable qu'à l'état ordinaire; dans aucun cas, les attouchements répétés n'y ont provoqué la moindre contraction, le col de l'utérus seul se modifiait sous l'influence des titillations sur le col. Les parois sont appliquées l'une contre l'autre ; il faut les écarter pour pénétrer dans la cavité cervicale, qui est lisse, molle, tapissée le plus souvent par des caillots que le doigt détache facilement.

Vingt-quatre heures plus tard le diamètre antéro-postérieur de l'orifice supérieur semble avoir un peu diminué ; j'attribue cette diminution à la saillie plus considérable que font les colonnes de vie à leur partie supérieure; la portion intravaginale du col m'a toujours paru avoir perdu de sa longueur. Les parois sont plus épaisses, mais elles sont encore molles et pendantes; le doigt, introduit dans la cavité cervicale, montre que l'épaisseur plus grande est due au froncement de la muqueuse. Négrier signale ces *gros plis* et croit que « c'est la rétraction de l'orifice supérieur qui, en rapprochant les parois du col, les a ainsi froncées. » Cependant, il faut le dire, ces plis sont peu marqués, et il faut une certaine habitude

(1) Félix Guyon, *Études sur les cavités de l'utérus dans l'état de vacuité*, thèse inaugurale. Paris, 1858.

pour distinguer les inégalités qu'ils dessinent sur cette surface muqueuse. Il n'en sera pas tout à fait de même pendant les jours subséquents. L'orifice inférieur offre des bords plus épais, écartés de 3 centimètres environ, et cet écartement contribue à donner au col la forme conique, qui a suggéré à Négrier la comparaison qu'il en a faite avec une clochette, chez les primipares. Je n'ai pas trouvé qu'il en fût autrement chez les multipares, pas plus que je n'ai pu constater d'une manière spéciale chez ces dernières la forme d'une clochette à limbe renversé, que cet auteur assigne au col du quatrième au huitième jour; cette disposition se rencontre quelquefois chez des primipares.

Quarante-huit ou cinquante heures après l'accouchement, l'état des choses n'a pas notablement changé; j'ai seulement constaté, comme l'indique M. Négrier, que la muqueuse cervicale offre des plis plus marqués que la veille. Cet arrêt dans la rétraction du col coïncide toujours avec l'état stationnaire momentané du retrait du corps de l'utérus; mais, au quatrième jour, on constate les changements suivants : longueur totale du col a sensiblement diminuée, la portion intravaginale n'a plus que 4 à 5 millimètres environ; la consistance s'est aussi modifiée; elle est inégale; on sent entre la muqueuse qui tapisse la surface externe, et qui est un peu boursouflée, et la muqueuse assez épaisse qui tapisse la cavité du col, une surface dont la densité plus grande est due à la rétraction des fibres musculaires, et alors on sent manifestement par le toucher que les muqueuses qui n'ont pas suivi le mouvement de retrait peuvent glisser dans des limites très-restreintes sur le plan musculaire. La membrane interne n'offre plus seulement les plis verticaux, dont le nombre a augmenté; elle s'est aussi froncée circulairement; les plis obliques de l'arbre de vie, que la distension excessive des orifices avait fait disparaître pour quelque temps, sont nettement appréciés. Ces plicatures en divers sens de la muqueuse, qui alors remplit pour ainsi dire toute la cavité du col, font sentir, lorsque le doigt est introduit, une surface comme tomenteuse et inégale, et font paraître le revêtement interne du col utérin plus épais qu'il n'est réellement. L'orifice interne est plus étroit, les bords en sont moins épais et présentent un peu moins de hauteur; son diamètre n'a pas plus de 1 centimètre en général. L'orifice externe est plus souvent allongé transversalement et dirigé à gauche; il a de 1 centimètre et demi à 2 centimètres environ dans le sens antéro-postérieur, un peu plus dans le sens transversal; le bord de l'orifice est nettement dessiné. C'est le quatrième jour et quelquefois un peu plus tôt, chez les femmes primipares ou chez celles qui n'ont encore eu qu'un ou deux enfants, qu'on peut bien sentir les solutions de continuité qui divisent le bord de l'orifice inférieur et se prolongent ordinairement jusqu'à l'insertion du vagin, rarement plus haut.

A mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'accouchement, on observe que l'orifice supérieur continue à se rétrécir, est moins facilement accessible, à cause de la consistance plus grande des parois du col, qui conti-

nuent à se rapprocher ; et c'est à la partie supérieure surtout que ces modifications sont plus marquées. Souvent, du huitième au dixième jour, le doigt n'arrive que jusqu'à l'orifice supérieur ; avec quelques efforts, on y parvient cependant ; le plus souvent, il admet alors à peine l'extrémité de l'index. C'est vers le cinquième ou le sixième jour que quelquefois les lèvres du col se renversent et lui donnent la forme indiquée par Négrier ; ce renversement disparaît assez rapidement. L'orifice inférieur reste entr'ouvert jusqu'au douzième, quelquefois jusqu'au quinzième jour, et il peut arriver qu'à cette époque les déchirures ne soient pas encore cicatrisées dans toute leur étendue. C'est toujours à la partie inférieure que se termine le travail de réparation ; cependant, le plus généralement, la cicatrice est faite au huitième jour. Au douzième jour, dans sa moitié inférieure, le col n'a pas acquis toute sa consistance, il est plus mou, circonstance qui permet encore, à cette époque, l'introduction de l'index jusqu'à la racine de l'ongle. Du vingt-cinquième au trentième jour, le museau de tanche offre la forme cylindrique, qu'il conservera plus tard ; il a encore alors un peu plus de volume qu'il n'en conservera. L'orifice externe est transversal, irrégulier ; ses bords sont déchiquetés, et le toucher fait constater que le tissu est encore un peu plus mou que partout ailleurs au pourtour de l'orifice, et que les lèvres peuvent en être assez facilement écartées.

Ce n'est que chez les femmes que j'ai examinées *dix* ou *onze semaines* après l'accouchement, que j'ai rencontré le col tel qu'on le trouve normalement chez les femmes multipares ; il avait une longueur de $0^m,020$ à $0^m,025$, quelquefois un peu moins ; il était cylindrique, d'une consistance égale, l'orifice était fermé ; chez une seule, je l'ai trouvé entr'ouvert, mais elle avait au pourtour une petite ulcération qui pénétrait dans la cavité du col.

J'ajouterai, en terminant, que chez toutes les femmes qui avaient eu un écoulement lochial dont la durée s'était prolongée, l'orifice inférieur avait un peu plus tardé à retrouver ses conditions normales (1).]

III. *Vagin.* — Après avoir été fortement distendu, le vagin revient très-facilement sur lui-même. Pendant les premiers jours, il persiste de la chaleur et de la sensibilité ; mais, à moins que la tête ne soit restée longtemps au passage ou que les lochies soient âcres, ces symptômes disparaissent promptement. L'ouverture vulvaire revient elle-même beaucoup plus vite qu'on aurait pu le croire, à son diamètre normal.

IV. *Téguments abdominaux.* — Les téguments abdominaux sont plus longs à revenir à leur état naturel : ils restent pendant longtemps mous et flasques. Si l'on a soin d'appliquer un bandage, ce relâchement disparaît après un mois ou deux, et il ne reste plus que les lignes blanchâtres dites *vergetures*.

(1) Wieland, *Étude sur l'évolution de l'utérus*, thèse. Paris, 1858.

Les contractions utérines qui se produisent après l'accouchement ne sont pas ordinairement accompagnées de douleurs chez les primipares(1) : elles le sont quand il y a eu plusieurs accouchements. Ces douleurs varient beaucoup comme fréquence, comme intensité et comme durée. La première que l'on ressent paraît une demi-heure après l'accouchement, et les dernières au bout de trente ou quarante heures, Elles peuvent toutefois persister plus longtemps encore. Elles ne s'accompagnent, en général, d'aucune sensation de poussement ni d'accélération du pouls. Au moment où elles apparaissent, l'écoulement devient plus fort et, souvent, il sort des caillots. A cause de cette dernière circonstance, on les a attribuées à la présence du sang coagulé dans l'utérus, mais ce n'est ordinairement qu'une cause secondaire. Maintenues dans une certaine limite, ces douleurs sont, sans aucun doute, salutaires : elles préviennent l'hémorrhagie, diminuent le volume de l'utérus et l'aident à expulser ce qu'il contient encore.

[Quelquefois l'état des parties voisines peut, par une excitation mécanique, donner lieu à des contractions douloureuses; ainsi, par exemple, la compression de l'utérus par le rectum, que distendent des matières fécales dures, le contact immédiat du corps, et surtout du col utérin, avec la vessie remplie d'urine, peuvent éveiller directement, ou par l'intermédiaire de l'excitation du col, les coliques utérines.]

L'application de l'enfant au sein détermine souvent, ou du moins aggrave ces douleurs consécutives.

[Enfin, M. Marrotte (2) a signalé une forme de tranchées utérines liées à un état névralgique; et il faut les traiter en conséquence sous peine de les voir durer quelquefois un temps très-long.]

ARTICLE IV

LOCHIES

L'écoulement de sang qui accompagne l'accouchement se prolonge quelque temps après : il vient des orifices des vaisseaux rompus par l'expulsion du placenta. Au bout de quelques jours, le caractère de cet écoulement change; ce n'est plus du sang, c'est une véritable sécrétion. L'état de la membrane muqueuse explique ce phénomène. Pendant trois, quatre ou cinq jours, cet écoulement est rouge, mais plus clair, plus

(1) Cette opinion me paraît beaucoup trop absolue, car, en observant attentivement, on se convainc facilement que les conditions dans lesquelles se produisent les tranchées utérines sont toutes individuelles. L'état général, le tempérament de la nouvelle accouchée, certaines complications de la grossesse, qui ont amené une distension exagérée de la fibre utérine, la durée du travail, sont autant de causes qui peuvent influer sur la puissance rétractile du tissu utérin, pour l'amoindrir et permettre la distension facile de la cavité par des matières étrangères dont la présence excitera les contractions douloureuses de l'organe sans distinction de primarité ou de multiparité.

(2) Marrotte, *Revue médico-chirurgicale*, 1851.

aqueux que du sang et non coagulable. Il devient quelquefois jaunâtre comme de la matière puriforme; plus souvent, il conserve sa consistance séreuse : il devient verdâtre, et finalement ressemble à de l'eau sale. Il a une odeur toute particulière, qu'on ne peut oublier, et sur laquelle on ne peut se tromper; il est impossible d'en donner l'idée.

[[Au point de vue histologique, les lochies présentent les caractères suivants, d'après Robin. Le sang qui compose les lochies du premier jour est riche en leucocytes. Ces leucocytes sont dans la proportion de 1 à 5 pour 100 globules rouges.

Il est impossible, dit Robin, de savoir exactemeut si ces éléments viennent uniquement du sang, ou si, comme il est probable, un certain nombre ne s'est pas déjà produit à la surface interne de l'utérus.

A la fin du premier jour, les globules rouges diminuent considérablement, et ils ne représentent plus qu'un tiers des autres éléments en suspension dans le liquide séro-muqueux des lochies. Les autres éléments sont des leucocytes en nombre un peu moindre que les hématies, et des cellules épithéliales pavimenteuses du vagin.

Le liquide qui tient ces éléments en suspension est encore parsemé de granulations moléculaires grisâtres, et d'un certain nombre de petits granules graisseux.

A partir du deuxième jour, les globules rouges diminuent encore et ils disparaissent du cinquième au septième jour. Les leucocytes au contraire deviennent l'élément prédominant, et parmi eux il en est qui sont devenus volumineux, pleins de granules graisseux d'où le nom de globules granuleux qui leur a été donné.

Outre ces éléments, on trouve encore des cellules pavimenteuses provenant du vagin, et aussi quelques cellules polyédriques semblables à celles des couches profondes de l'épithélium vaginal ou du col de l'utérus (1).]]

La durée de l'écoulement des lochies varie beaucoup. Chez quelques malades, il cesse spontanément, peu de jours après l'accouchement, et c'est ce que j'ai souvent observé chez des femmes qui étaient accouchées d'enfants mort-nés ou même putréfiés. Ordinairement, il persiste pendant trois ou quatre semaines, mais tout dépend de la constitution de la femme. Comme quantité, il est impossible d'établir aucune limite; cela dépend en partie de l'étendue de la membrane sécrétante et, en partie, de l'écoulement. Comme cette sécrétion est nécessaire au bon état de l'utérus, sa brusque interruption est généralement suivie de conséquences fâcheuses.

[La suppression brusque des lochies au moment où il se produit quelque affection aiguë plus ou moins grave est considérée encore aujourd'hui par

(1) Ch. Robin, *Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme.* Paris, 1867.

beaucoup de médecins comme un fait acquis ; mais rien n'est moins vrai, car on voit le plus souvent l'écoulement lochial continuer, même au milieu du cortége symptomatique le plus effrayant, les qualités seules en sont modifiées ; souvent aussi cette suppression brusque n'est qu'apparente ; l'utérus, arrêté dans ses progrès de régression, se distend et retient une notable quantité des matières lochiales. Ce ne sera que plus tard que la sécrétion se suspendra ou diminuera.]

ARTICLE V

PEAU, REINS, INTESTINS

I. *Peau.* — Par suite des phénomènes qui se produisent à la deuxième période du travail, la sécrétion cutanée devient plus active, en sorte que toute la surface de la peau est couverte de sueurs. Une fois l'accouchement terminé, cette sécrétion diminue, mais persiste encore à un certain degré. La sueur a souvent une odeur morbide ; la peau est douce et flasque et donne, au toucher, une sensation légèrement graisseuse. A mesure que la convalescence fait des progrès, toute la surface cutanée revient à son état normal.

II. *Reins.* — Les reins conservent leur activité habituelle ; très-souvent, ils sécrètent même en plus grande abondance, malgré les sueurs dont nous venons de parler. Mais ce fait peut être dû aux boissons plus abondantes que prend l'accouchée.

III. *Intestins.* — L'état des intestins varie dans quelques cas ; leurs fonctions ne sont pas troublées ; dans d'autres, c'est l'inverse de ce qui avait lieu pendant la grossesse : les malades qui étaient constipées ont de la diarrhée, et le contraire peut se produire. La diarrhée est assez fréquente, ce qui tient sans doute à la suractivité des sécrétions de la peau et des reins.

ARTICLE VI

SEINS

Le développement des seins pendant la grossesse s'accompagne généralement de la sécrétion d'un fluide séreux, qui diffère du véritable lait, surtout chez les primipares. Cependant, quelquefois, il se produit pendant le travail une véritable sécrétion lactée, et la femme peut donner à téter aussitôt après l'accouchement. Dans les cas ordinaires, les seins restent mous pendant vingt-quatre heures, puis ils commencent à grossir et à devenir douloureux. A la fin du deuxième jour, ou au commencement du troisième, ils sont manifestement plus volumineux, plus lourds et plus tendus. La malade éprouve des frisons, une chaleur générale, de la douleur et de la sensibilité dans les seins : le pouls est accéléré. Cette fois, la sécrétion lactée commence réellement : d'abord lentement et avec diffi-

culté, ensuite plus librement. Au bout de quelques jours, elle se fait sans troubles ni douleurs. Pendant les cinq ou six premiers jours, le lait, appelé *colostrum*, diffère complétement de celui qui sera sécrété plus tard, et agit sur l'enfant comme léger purgatif.

[[Le *lait* est un liquide d'un blanc opalin, alcalin au moment de sa sortie du mamelon, mais devenant légèrement acide par suite du dédoublement du sucre de lait en deux équivalents d'acide lactique. Cette acidité se produit plus ou moins rapidement suivant l'élévation de la température.

Le lait se compose de quatre ordres de substances : 1° des matières azotées dissoutes (*caséine* et *albumine*); 2° des principes gras tenus en suspension; 3° une matière sucrée particulière; 4° enfin une quantité variable de sels inorganiques.

Au microscope on reconnaît qu'il est formé d'un liquide incolore et transparent dans lequel nagent des globules sphériques appelés *globules de lait* (fig. 246) qui ne sont pas des éléments anatomiques, suivant Robin,

Fig. 246. — Globules laiteux sans mélange. (Chailly-Honoré.)

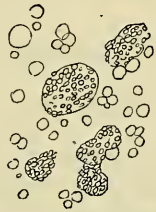


Fig. 247. — Lait altéré par les éléments du colostrum. (Chailly-Honoré.)

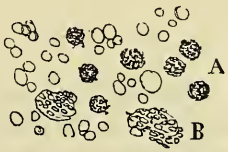


Fig. 248. — Lait altéré par un mélange de pus A et de colostrum B. (Chailly-Honoré.)

comparables à ceux du sperme, du sang ou du pus. « Ces globules, dit-il, sont formés par un mélange de principes immédiats appartenant de fait au sérum, mais qui en raison de leur nature chimique se trouvent être insolubles dans cette portion de l'humeur. Ils se réunissent par suite en corpuscules sphériques tenus en suspension émulsive au fur et à mesure qu'a lieu leur production. »

On voit d'après cette manière d'envisager la composition des globules du lait que ces corpuscules sont dépourvus d'enveloppe; « toutefois, dit le même auteur, il est probable que, comme toutes les gouttes des corps gras en émulsion, dans un liquide alcalin albumineux et salin, ils s'enveloppent d'une couche mince, formée par la combinaison savonneuse des corps gras avec les sels basiques entraînant des traces de substances albuminoïdes (1). »

Toutefois cette opinion n'est pas acceptée par tous les auteurs, et Longet pense que les globules de lait sont formés de deux éléments distincts, d'une substance butyreuse et d'une enveloppe spéciale (2).

(1) Robin, *Leçons sur les humeurs*. 1867, p. 388 et 392.
(2) Longet, *Traité de physiologie*. 1869, t. III, p. 984.

Quant au *colostrum* qui est un liquide sécrété quelque temps avant la parturition et dans les premiers jours de la lactation, c'est un liquide très-séreux et qui se distingue du lait par la présence de l'albumine qu'il tient en dissolution et qui lui donne la propriété de se coaguler par l'ébullition. Il renferme des globules de lait dont les uns ont leur volume normal et les *globules du colostrum* qui sont des globules sphériques ovoïdés (fig. 247) de 1 à 5 centièmes de millimètre.]]

CHAPITRE II

PRÉCAUTIONS A PRENDRE PENDANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

Je ne puis mieux faire que de suivre l'ordre dans lequel j'ai énuméré les phénomènes suites de couches.

ARTICLE PREMIER

SYSTÈME NERVEUX

Dans les cas ordinaires, l'ébranlement nerveux n'exige aucun traitement actif. La malade doit rester dans un état de tranquillité parfaite; la chambre étant un peu assombrie, et un très-petit nombre de personnes admises auprès d'elle. On doit parler peu : tout ce qui peut exciter une émotion doit être soigneusement évité, et la malade doit être entretenue dans un état de calme et de bien-être. La position horizontale doit être strictement gardée, et l'on doit conseiller à la malade de dormir.

Peu à peu alors le système nerveux reviendra à son état naturel, et tout danger aura cessé, au moins à cet égard.

ARTICLE II

SYSTÈME CIRCULATOIRE

Comme l'état du pouls est simplement symptomatique, on y remédiera par les soins donnés à l'état général de la malade. On doit surveiller le pouls avec soin, car ses désordres sont souvent le premier indice d'une maladie.

ARTICLE III

UTÉRUS ET VAGIN

Immédiatement après l'expulsion du placenta, une serviette chaude doit être appliquée sur la vulve et changée souvent pendant le jour. Cette seule

application soulagera les douleurs vives qui ont été causées par le passage de l'enfant.

Au bout de quelques heures, quand la malade est bien remise dans son lit, on lavera les parties extérieures avec un mélange de lait tiède et d'eau, et une petite proportion d'alcool. Ces lavages doivent être répétés deux fois par jour, non pas seulement en vue de la propreté, mais pour aider les parties à revenir à leur état naturel.

La position horizontale est indispensable à cause de l'état du système utérin. La malade ne peut s'asseoir sans produire un certain déplacement, ni sans s'exposer à une hémorrhagie, parfois même à une mort subite (1). S'il y a d'anciens déplacements, la position couchée sur le dos peut suffire pour les faire disparaître.

Dans la majorité des cas, les douleurs consécutives ne réclament aucun traitement. Mais si elles en arrivaient à priver la malade du sommeil, on prescrirait un purgatif ou une dose légère de laudanum.

ARTICLE IV

LOCHIES

La seule précaution qu'il faille prendre à propos des lochies est de changer les serviettes très-souvent et de les appliquer chaudes, de manière qu'aucune impression brusque de froid, sur les parties extérieures, ne puisse donner lieu à une suppression.

[On devra aussi veiller à ce qu'une excessive propreté, ou même des injections antiputrides, s'opposent au développement de la fétidité de la sécrétion lochiale.]

ARTICLE V

REINS, INTESTINS

I. *Reins.* — Il faut, une fois la malade accouchée, la faire uriner dans les six ou huit heures qui suivent l'accouchement ou même plus tôt, et ceci doit être fait tout en maintenant la position horizontale aussi exactement que possible. J'insiste sur ce point parce que, vu l'insensibilité des parois abdominales, la malade, si on ne la prévenait, pourrait rester plus longtemps sans uriner, et les conséquences pourraient en être fort graves. La vessie pourrait être frappée de paralysie, ou l'inflammation pourrait s'étendre de cet organe jusque dans le péritoine. Si la malade éprouve quelques difficultés à uriner, on applique sur la vulve un linge trempé

(1) Moynier, *Des morts subites chez les femmes enceintes ou récemment accouchées.* Paris, 1858. — A. Mordret, *De la mort subite dans l'état puerpéral* (*Mémoire de l'Académie de médecine*, 1858, t. XXII).

dans de l'eau chaude ; si ce moyen ne suffit pas, il faut avoir recours au cathétérisme.

II. *Intestins.* — L'état des intestins après l'accouchement doit être surveillé. Dans les vingt-quatre ou les trente-six heures qui suivent, il vaut mieux laisser la malade tranquille ; mais, une fois ce temps écoulé, si elle ne va pas d'elle-même à la garde-robe, il faut faire prendre une purgation, de l'huile de ricin, du séné, de la rhubarbe, etc...

S'il y a lieu de supposer une accumulation de matières, il faut absolument obtenir une évacuation abondante ; si la malade ne donne pas à téter, les purgatifs n'en sont que plus nécessaires et l'on donne la préférence aux purgatifs salins.

Il faut tenir la malade à l'abri de tout courant d'air froid, tout en évitant une trop grande chaleur ; moins il y aura de feu, mieux cela vaudra.

ARTICLE VI

SEINS

Quand les seins se développent et deviennent douloureux, on fait des fomentations avec de l'huile chaude [[et on les recouvre d'une plaque d'ouate]], en même temps que l'on donne une boisson rafraîchissante ; mais le meilleur des remèdes est de faire téter l'enfant le plus tôt possible. Plus vite la sécrétion sera établie et plus vite la fièvre diminuera. Alors même que l'intention de la mère n'est pas d'allaiter son enfant, c'est encore le meilleur moyen. Il faut seulement ne laisser téter l'enfant que peu de temps, l'abondance de la sécrétion étant en raison directe de l'excitation qu'on produit.

J'ai déjà insisté sur l'importance de la position horizontale, j'ajouterai seulement que jamais la malade ne devra quitter son lit, même pour un instant, avant le huitième ou le neuvième jour. Une imprudence à ce sujet entraîne plus de résultats fâcheux que tout autre écart de régime.

ARTICLE VII

NOURRITURE

La nourriture doit être très-modérée, les aliments trop abondants augmentent la fièvre et retardent la convalescence. La malade devra pendant cinq ou six jours se contenter de gruau, de panade, de potage au lait, à l'arrow-root, d'infusion légère de thé avec du pain et du beurre et du biscuit. Quand l'excitation produite par la montée du lait a cessé, s'il n'y a aucune contre-indication, elle peut prendre du bouillon, vers le septième ou le huitième jour un peu de poulet ou une côtelette de mouton avec de l'eau et du vin.

[On est aujourd'hui un peu revenu de cette sévérité excessive dans le

régime des femmes en couches, surtout pour celles qui doivent nourrir.]
[[Nous pensons même avec la plupart des accoucheurs qu'il est nécessaire de permettre quelques aliments; on n'a aucune raison, dit M. Joulin, de priver d'aliments une accouchée qui n'a pas de fièvre.

En général, les bouillons de bœuf et les potages suffisent au début et pendant la fièvre de lait; puis la quantité d'aliments sera progressivement augmentée, de façon à ce que l'accouchée ait repris son régime ordinaire, vers le huitième ou le neuvième jour.]]

En tout ce qui regarde le régime, le séjour au lit, la position couchée, on ne peut prendre trop de précaution, et un excès de prudence ne peut donner que de bons résultats.

CHAPITRE III

ANOMALIES QUI PEUVENT SE PRÉSENTER PENDANT LA CONVALESCENCE

Ces anomalies peuvent dépendre de la constitution, des variétés qui se sont présentées pendant le travail, ou de certaines compressions exercées sur les parties voisines.

Quelquefois pendant le travail il se produit des irrégularités qui deviennent pour la malade et pour le médecin une cause d'inquiétude. Quelquefois ces irrégularités peuvent donner lieu à des maladies graves; d'autres fois, et c'est le cas ordinaire, ces irrégularités ont un effet passager, mais il faut que le médecin sache distinguer les unes des autres. Les maladies sérieuses qui peuvent en résulter sont la phlébite, la fièvre puerpérale, etc. Je traiterai, dans la suite, de ces divers points.

ARTICLE PREMIER

SYSTÈME NERVEUX

L'ébranlement nerveux peut être très-profond. La malade se plaint alors d'un étrange épuisement, les organes des sens sont émoussés ou bien ils ont acquis une sensibilité morbide.

§ I. — Symptômes.

La respiration est précipitée et haletante.

Les rapports entre la respiration et la circulation sont détruits ; l'aspect de la malade est celui d'une personne souffrante, anxieuse et déprimée. Le pouls devient très-lent, ou bien rapide à l'excès, très-petit et inégal. La réaction est longue avant de se faire ou elle se fait incomplétement, et la malade reste dans un état de grande faiblesse. Sous l'influence d'un

traitement approprié, la malade sort graduellement de cet état d'épuisement, à moins que l'ébranlement ne soit extrême, et la mort peut survenir en quelques heures (1).

J'ai vu plusieurs faits de ce genre.

Une fois, le travail fut pénible, mais se termina naturellement; deux autres fois il fallut appliquer le forceps. Dans les trois cas, à l'autopsie, on ne découvrit aucune lésion.

L'appréciation de l'ébranlement nerveux est très-importante, car presque toujours les progrès de la convalescence sont en proportion inverse du degré de cet ébranlement.

§ II. — Traitement.

Dans ces cas, le meilleur remède est l'opium administré soit à larges doses, soit à petites doses répétées : l'opium ne procure pas seulement aux malades du sommeil, le meilleur de tous les fortifiants; il amène un calme profond dans toute l'économie. La respiration devient plus égale, le pouls devient plus lent et l'équilibre se rétablit dans les deux fonctions. Il faut en même temps administrer à petites doses des stimulants tels que vin et eau-de-vie, mais il faut prendre garde de dépasser le but. La dose est variable suivant la difficulté de la réaction, suivant l'état général de la malade. L'ammoniaque et le musc sont les meilleurs stimulants et il faudra les associer à l'opium. Une fois les effets de l'ébranlement nerveux disparus, il faut prescrire un régime très-tonique. Il peut être nécessaire de retarder de quelques jours l'allaitement de l'enfant ; il peut même être nécessaire de l'abandonner entièrement dans quelques cas. Tout ce qui a été dit antérieurement sur la nécessité d'un repos complet autour d'une femme en couches, s'applique encore plus aux cas où il y a un ébranlement nerveux puissant.

ARTICLE II

SYSTÈME CIRCULATOIRE

Dans les cas ou le système nerveux est profondément ébranlé, on a noté des variations profondes du pouls qui tombe au-dessous du chiffre normal ; plus souvent il est au contraire rapide, faible et sans résistance. Dans presque tous les cas d'hémorrhagie après l'accouchement, j'ai trouvé le pouls rapide et en apparence tendu, au lieu d'être affaissé, comme cela arrive après l'accouchement. Aujourd'hui je ne quitte jamais une malade tant qu'une hémorrhagie pourrait avoir lieu et plus d'une fois, certainement, les femmes ont dû leur salut à cette précaution. Dans trois cas qui se présentèrent en peu de temps à la suite les uns des autres, cette rapi-

(1) Voyez Moynier, *Mémoire sur les morts subites*, etc. Paris, 1858.

dité inaccoutumée du pouls était le seul symptôme morbide. L'écoulement n'était pas très-considérable et l'utérus était bien revenu sur lui-même. Dans les trois cas, une hémorrhagie alarmante survint au bout d'une heure et ne put être arrêtée qu'à grand peine.

J'ai remarqué encore la fréquence exagérée du pouls quand les douleurs consécutives étaient intenses, et comme, en pareil cas, l'utérus est très-sensible à la pression, il faut examiner avec attention, pour pouvoir diagnostiquer les simples douleurs d'un début de fièvre puerpérale. Il faut se rappeler aussi qu'au moment où la sécrétion lactée s'établit, il y a de la fièvre et des frissons : l'examen attentif et la succession des symptômes feront disparaître tous les doutes. — Le pouls peut être encore notablement accéléré par suite de la présence d'un caillot volumineux dans l'utérus, ou bien s'il y a de la diarrhée ou quelque trouble de l'estomac. Le diagnostic peut être réservé dans quelques-uns de ces cas, et il faut prescrire le traitement plutôt selon les affections que l'on redoute que selon les symptômes actuels. C'est ainsi qu'on prescrira de petites doses d'opium ou du calomel combiné avec l'opium, suivant les indications. Du reste, toutes nos observations tendent à confirmer l'opinion de John Clarke, qu'une malade ne peut être considérée comme sauvée tant que son pouls est au-dessus de 100.

[Il faut signaler une cause importante d'accroissement dans le chiffre des battements artériels, je veux parler de celle qui résulte d'un travail long, pénible. Il n'est pas rare, en effet, de voir chez certaines primipares dont l'accouchement a été laborieux, le pouls monter à 120 et même 140 sans qu'il se soit produit de désordre grave ; l'absence de frissons contribuera à nous rassurer sur l'issue de ce trouble circulatoire.]

ARTICLE III

UTÉRUS, VAGIN

I. *Utérus.* — Au lieu de diminuer graduellement de volume, l'utérus augmente vers le cinquième ou sixième jour, et il est moins ferme qu'auparavant. Ce fait, coïncidant avec une grande fréquence dans le pouls, peut faire croire à de la métrite si en même temps la malade ne se trouvait pas mieux que les jours précédents et si les lochies ne diminuaient pas. Cependant, dans la plupart de ces cas, j'ai constaté qu'à la suite de fomentations chaudes sur l'abdomen, la malade rend plus ou moins de caillots et se trouve ainsi notablement soulagée, ce qui indique l'origine des douleurs(1). En pareil cas, les lavements purgatifs favorisent aussi l'expulsion des caillots, ils devront donc être prescrits.

(1) [Les tentatives répétées à la Maternité en 1858 nous ont montré que l'usage de la digitale en infusion légère favorisait l'expulsion des caillots et calmait les contractions douloureuses auquelles ils donnent lieu. — Wieland, thèse inaugurale, 1858.]

Simpson (1) a publié plusieurs observations intéressantes sur les variétés de volume que peut présenter l'utérus après l'accouchement. Dans plusieurs cas l'utérus est resté volumineux pendant fort longtemps ; il n'y avait aucune tumeur et les caractères étaient ceux qu'aurait pu présenter l'utérus d'une femme enceinte. Dans un cas rapporté par Simpson, la malade, à la suite de son accouchement, était atteinte d'aménorrhée, d'anémie et de diarrhée. Elle finit par succomber, et, à l'autopsie, on trouva que l'utérus était d'un bon tiers plus volumineux qu'à l'état normal. Montgomery (2) a rapporté un exemple semblable.

[Dans une note précédente, nous avons déjà indiqué l'influence prononcée qu'avait toute affection intercurrente sur le retrait de l'utérus, qui semble alors s'arrêter dans ses progrès de régression.]

Il a été déjà dit que dans les cas où les douleurs consécutives sont assez marquées, l'utérus est en général sensible à la pression. La douleur accusée par la malade au moment où l'on appuie sur la région utérine, pourrait même faire croire à une maladie grave. Il faudra cependant remarquer que cette sensibilité devient plus grande à chaque contraction utérine, et qu'à mesure que les contractions diminuent, la sensibilité diminue également.

Des fomentations sur l'abdomen soulageront généralement cette sensibilité; mais, si les douleurs consécutives sont internes, et si la sensibilité persiste à un haut degré, on administrera du laudanum et ensuite un purgatif.

II. *Vagin.* — Le vagin peut être atteint d'inflammation et être ainsi le point de départ d'une douleur violente ; ce fait fera le sujet d'une notice séparée. Dans les cas où les lochies sont âcres, l'orifice du vagin, les grandes lèvres et les parties extérieures peuvent s'excorier. La malade souffre, en pareil cas, de douleurs vives ou tout au moins de démangeaisons, et il est difficile de dire lequel des deux symptômes est le plus pénible. Une propreté extrême, des bains fréquents, des lotions avec l'acétate de plomb, des injections vaginales d'eau chaude, seront essayées et apporteront, en général, du soulagement. Sinon, la maladie ne cessera qu'avec l'écoulement des lochies.

Au lieu de quelques douleurs, qui se développent une demi-heure ou une heure après le travail, restent très-modérées et cessent au bout de peu de temps, il peut se faire qu'immédiatement après l'expulsion du placenta, la malade éprouve des douleurs très-longues et très-pénibles. En pareil cas, la sensibilité de l'utérus est très-marquée; le pouls est également accéléré. Cet accident ne tient pas à la présence de caillots, car je n'en ai pas vu être expulsés. Il semble que ce soit plutôt une contraction spasmodique des fibres utérines. Le meilleur remède est une

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, août 1852, p. 127.
(2) Montgomery, *Dublin Journal*, novembre 1835. — *Ibid.*, vol. XXIII, p. 161.

forte dose d'opium que l'on répétera s'il y a lieu. En même temps on appliquera, sur la vulve et l'abdomen, des flanelles chaudes. Si ces douleurs persistent, malgré tout, on mettra l'enfant au sein. Sans être grave, cet accident fatigue les malades en les privant de sommeil et de repos ; il devra donc être combattu aussi vite que possible.

ARTICLE IV

LOCHIES

Les variations dans la quantité, la qualité de l'odeur des lochies, causent de grandes frayeurs aux malades, qui croient tout de suite à l'existence d'une maladie grave. Cependant, des différences notables peuvent exister sans qu'il y ait la moindre affection, soit de l'utérus, soit du vagin. L'écoulement peut cesser quelques heures après l'accouchement, surtout dans les cas où l'enfant est mort-né : l'écoulement peut durer le temps habituel, mais être extrêmement peu abondant, et c'est ce qui arrive d'ordinaire quand il y a eu hémorrhagie, soit au moment de l'accouchement, soit après. Sans être plus long que d'habitude, l'écoulement peut être excessivement abondant, et l'inverse peut également se présenter. Dans ces cas, il peut être nécessaire de prescrire à la malade un régime plus fortifiant: de donner des toniques, tels que l'écorce de chêne, des préparations de fer, etc....

Dans quelques cas, les lochies, après avoir diminué comme quantité, reparaissent très-abondantes, sanglantes, mais sans qu'il y ait cependant de caillots. C'est ce qui arrive, en général, quand la malade se lève trop tôt ou quand elle marche trop. Le repos suffit pour faire disparaître cet accident. Quelquefois les lochies sont arrêtées par suite de la présence d'un caillot à l'orifice utérin. Il faut que ce caillot soit expulsé pour que l'écoulement puisse se reproduire.

Au lieu de l'écoulement habituel qui, de rouge, devient jaune ou verdâtre, l'écoulement peut persister en rouge, ou, après avoir cessé de l'être, peut reparaître ainsi. Dans ces cas, le médecin doit se tenir en garde contre les chances d'une hémorrhagie secondaire. La malade sera maintenue dans la position horizontale et vêtue très-légèrement.

Les lochies, après avoir subi leurs transformations habituelles, peuvent se changer en leucorrhée utérine, laquelle affection deviendra permanente. Les meilleurs moyens à employer sont : des dérivatifs sur le sacrum, et, comme médicaments internes, du copahu, du fer ou de l'ergot de seigle. La couleur anormale des lochies pourrait encore donner lieu à des inquiétudes. Au lieu de passer du rouge au rose, puis au jaune, elles peuvent prendre une teinte brune, devenir en même temps très-âcres, très-fétides, et persister beaucoup plus longtemps que d'habitude. Cet accident tient à ce qu'une petite portion du placenta ou des membranes

ou même un simple caillot, est resté dans l'utérus ou dans le vagin et s'y est putréfié. En pareil cas, il faudra faire, deux ou trois fois par jour, des injections vaginales avec de l'eau tiède et du lait, ou avec une solution très-faible de chlorure de chaux ou de permanganate de potasse.

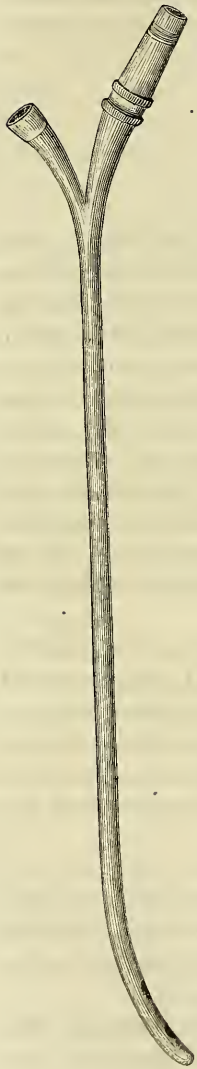


Fig. 249. — Sonde d'Avrard.

[[On ne doit pas non plus hésiter dans ces cas à employer les injections intra-utérines à l'aide de la sonde à double courant d'Avrard ou même une sonde en gomme assez petite pour permettre le reflux facile du liquide à travers le col au pourtour de la sonde. Ces injections, qui sont rejetées par certains auteurs comme très-dangereuses, sont préconisées par M. Hervieux (1), qui les a employées un nombre considérable de fois et qui n'a jamais observé d'accident à leur suite.

Voici d'ailleurs le mode opératoire employé par M. Hervieux.

« La malade étant couchée dans son lit, la tête basse, le siége soulevé par un coussin, un bassin placé entre les cuisses, on s'assure par le toucher de la position de l'utérus et de la direction du col, puis sur le doigt indicateur de l'une des deux mains placé au-dessous du museau de tanche, on fait avec l'autre main glisser la sonde à double courant d'Avrard (fig. 249) jusqu'à l'orifice externe du col, puis on la fait pénétrer doucement à cet orifice d'abord dans l'isthme cervical, puis dans la cavité du corps. Le cathéter une fois en place, on introduit la canule d'une seringue chargée du liquide de l'injection dans l'orifice externe de l'une des branches de la sonde. Tout étant ainsi préparé, on pousse le piston avec lenteur et modération.

« Au lieu et place d'une seringue on peut substituer un irrigateur, en ayant soin de modérer la force d'impulsion du liquide à l'aide de la clef qui sert à ouvrir ou fermer l'appareil.

« Le liquide, lancé par l'un des yeux de la sonde sur la paroi interne de l'utérus, revient en partie par le col, puis par l'orifice vulvaire, en partie par l'un des yeux de l'instrument et de là par l'orifice externe de la branche libre.

(1) Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales suites de couches.* 1870, p. 273.

« Il faut avoir soin d'imprimer à la sonde des mouvements de rotation, puis de va-et-vient, pour favoriser le contact de tous les points de la surface interne de la matrice par le liquide injecté. Si le liquide ne revient pas instantanément, soit par la branche libre de la sonde, soit par la vulve, il faut s'arrêter pour éviter la distension possible de la cavité de la matrice par le liquide, retirer de la sonde, la déboucher, puis la remettre en place une fois le liquide écoulé.

« Lorsqu'on se sert d'une seringue il faut la vider préalablement de tout l'air qu'elle contient.

Fig. 250. — Position de la femme pendant l'injection intra-utérine.

« Le liquide dont nous nous servons pour ces injections n'est autre chose que de l'eau chlorurée au 50e, au 40e et même au 30e et au 20e, suivant les cas.

« La quantité de liquide injecté a varié de 200 à 900 grammes dans une seule séance. En général, nous continuons l'injection jusqu'à ce que le liquide qui coule d'abord très-sale et chargé de détritus sanguins, purulents, pseudo-membraneux, etc., revienne clair et limpide. Si l'application du spéculum était jugée nécessaire pour faciliter l'introduction de la sonde, il faudrait placer la malade en travers sur son lit dans la position requise pour cette application.

« La figure 250 représente la sonde en place, soutenue par la main

de l'opérateur, le tube de l'irrigateur adapté à l'une des branches de la sonde et le liquide s'écoulant par l'autre.»]]

ARTICLE V

VESSIE ET URÈTHRE

Après les accouchements difficiles, le col de la vessie et l'urèthre sont excessivement sensibles : il peut même y avoir ce qu'on appelle de la *strangurie,* accident qui s'accompagne d'une fièvre intense. Ces phénomènes sont quelquefois longs à disparaître, mais ils cèdent à l'emploi de purgatifs doux, aux opiacés et aux fomentations calmantes. Les lavements adoucissants sont aussi indiqués ; si la malade ne peut uriner, il faut absolument avoir recours à la sonde. Du reste, en moyenne, la vessie reprend sa contractilité après sept ou huit jours. La cause de ces accidents est un léger degré d'inflammation produit par une pression intense ou par une contraction spasmodique du sphincter vésical.

ARTICLE VI

SEINS

Au moment où la sécrétion du lait commence, divers accidents se produisent fréquemment du côté des seins, mais ils sont sans importance. Si le développement vasculaire est excessif, on pourra le modérer par des

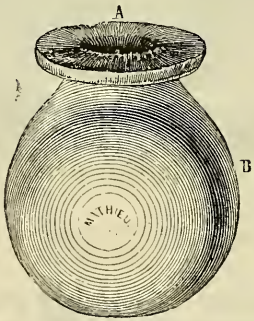


Fig. 251. — Tire-mamelon de caoutchouc de Mathieu (*).

Fig. 252. — Tire-lait atmosphérique de Leplanquais.

moyens antiphlogistiques tels que : tartre émétique, purgations, fomentations, etc., et par l'application fréquente de l'enfant au sein.

Si, ce qui arrive rarement, la sécrétion du lait manque complétement, on donnera une nourrice à l'enfant, mais la mère n'éprouvera aucun accident.

(*) A, entonnoir à appliquer sur le bout de sein ; B, poire destinée à faire l'aspiration.

Si les bouts de seins manquent ou sont mal formés, il faut essayer de les faire avec des téterelles, le tire-mamelon de Mathieu (fig. 251), le tire-lait atmosphérique de Leplanquais (fig. 252), ou la téterelle Thiers

Fig. 253. — Téterelle Thiers.

(fig. 253), et si l'on échoue, il faut, pour éviter les mauvais effets d'une sécrétion lactée devenue inutile, prescrire des purgatifs salins, de l'émétique, des fomentations, etc.

SECTION II

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

CHAPITRE PREMIER

HÉMORRHAGIES PUERPÉRALES

[[Nous avons étudié dans la première partie de cet ouvrage, les métrorhagies qui surviennent en dehors de la grossesse et de la parturition; nous devons maintenant passer en revue les écoulements sanguins qui surviennent non-seulement après la délivrance, mais aussi dans le cours de la grossesse et pendant le travail de l'accouchement.

Nous ne ferons point ici l'étude complète de ces hémorrhagies qui sont

décrites avec soin dans les traités d'accouchements; nous nous contenterons de les passer rapidement en revue.

On doit diviser ces métrorrhagies en deux classes principales : 1° celles qui surviennent dans le cours de la grossesse ou au moment de la délivrance ; 2° celles qui surviennent après la délivrance.

Dans la première classe nous distinguerons : A. celles qui surviennent dans les cinq premiers mois de la grossesse ; B. celles qui se produisent dans les trois derniers mois et au moment de l'accouchement.

La seconde classe comprendra : A. les hémorrhagies qui surviennent aussitôt après la délivrance ; B. celles qui accompagnent les suites de couches et que l'on rencontre en général quelques jours après la délivrance.

ARTICLE PREMIER.

MÉTRORRHAGIES QUI SURVIENNENT DANS LE COURS DE LA GROSSESSE ET AU MOMENT DE LA DÉLIVRANCE.

A. *Métrorrhagies des cinq premiers mois de la grossesse.* — Les métrorrhagies des premiers mois sont plus rares que celles de la fin de la grossesse.

§ I. Causes.

Les métrorrhagies qui se produisent dans les premiers mois de la grossesse comme celles de la fin, sont dues à un décollement du placenta ou des membranes de l'œuf qui se produit sous l'influence de certaines émotions morales vives ou de violences telles que chutes ou le plus souvent, suivant M. Joulin, « par suite du travail de destruction qui s'empare des parois des veinules et des capillaires et qui les transforme en lacs sanguins » (1).

La plupart des auteurs divisent les causes qui président à la production de ces hémorrhagies en causes prédisposantes et déterminantes.

Parmi les premières causes on range habituellement les conditions physiologiques nouvelles dues à la grossesse, certaines modifications générales que la gestation imprime à l'organisme, telles que la pléthore, la chloro-anémie, les troubles de la circulation et de la nutrition, les chagrins, le chaud, le froid, etc.

Les causes déterminantes sont les commotions morales vives, telles que chagrins, colère, les fatigues physiques, les chutes, les coups, les voyages en voiture, l'équitation, on cite encore certaines maladies fébriles, telles que les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le choléra asiatique, la ca-

(1) Joulin, *Traité d'accouchements*, 1867, p. 901.

chexie paludéenne, les inflammations aiguës viscérales, méningite, pneumonie, pleurésie, endocardite, la dyssenterie, l'ictère grave, la néphrite albumineuse, l'érysipèle (1).

§ II. — Symptômes.

Quelquefois l'hémorrhagie est précédée de *prodromies*, telles que pesanteur hypogastrique et lombaire, mais le plus souvent l'hémorrhagie survient tout à coup avec une abondance plus ou moins grande. Ordinairement l'écoulement sanguin n'est pas très-abondant au début, et il cesse pour se reproduire après un temps variable. Les *symptômes généraux* sont en général peu marqués à moins que l'hémorrhagie ait été abondante, et l'expulsion du produit de la conception est presque inévitable dans ce dernier cas.

§ III. — Diagnostic.

Le diagnostic est en général assez difficile, car on peut croire à un simple retour des règles après un arrêt momentané de la menstruation ou bien au début d'une maladie de la matrice.

§ IV. — Pronostic.

Quant au pronostic il est toujours sérieux, car on doit craindre un avortement, mais il n'est pas grave au point de vue de la mère, l'écoulement sanguin n'étant point, en général, assez abondant pour porter atteinte à sa santé.

§ V. — Traitement.

Le traitement consiste alors à maintenir la femme au repos dans le décubitus horizontal, le bassin légèrement élevé, la tête basse.

On donnera quelques boissons froides, de la limonade sulfurique.

Des compresses imbibées d'eau froide pourront être appliquées sur le ventre, mais il ne faudra pas négliger de les laisser à demeure pendant un temps assez prolongé dans la crainte de la réaction qui suit l'usage trop peu prolongé de l'eau froide.

On pourra faire des injections astringentes avec de l'eau et de l'alun qui paraissent parfois utiles, mais on devra avant tout avoir recours à des lavements avec une très-petite quantité de liquide et contenant huit à dix gouttes de laudanum. Ces lavements devront être renouvelés plusieurs fois dans la journée. On ne devra pas craindre d'administrer quarante à cinquante gouttes de laudanum dans les vingt-quatre heures; Cazeaux a

(1) Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, 1870, p. 317.

ainsi porté plusieurs fois avec succès à soixante gouttes la dose de laudanum. Mais on devra surveiller avec soin la malade et cesser l'emploi du médicament si l'on voit survenir quelques traces de narcotisme. Si l'hémorrhagie est très-abondante et menace la vie de la mère, l'on peut avoir recours soit au tamponnement du vagin, soit au seigle ergoté, mais seulement dans les cas où l'on ne conserve plus l'espoir de s'opposer à l'expulsion du fœtus.

B. *Hémorrhagies qui surviennent dans les trois derniers mois de la grossesse, et pendant le travail.*

§ I. — Causes.

La cause bien évidente de ces hémorrhagies réside dans un décollement du placenta, soit *que ce décollement résulte d'une insertion vicieuse du placenta* ou *de causes diverses, le placenta ayant une insertion normale.*

L'insertion vicieuse du placenta est sans contredit la plus fréquente de toutes les causes d'hémorrhagie.

Nous reproduisons le tableau suivant emprunté à Battut qui nous indique la proportion de ces cas par rapport à un chiffre d'accouchements déterminé (1).

	Accouchemen's.	Insertions vicieuses.
Ramsbotham de Londres	35,703	42
Hopital de Birmingham pour 1844	630	2
John Hotgood, de Bridge-Water (période de sept années)	1,135	1
Maswell, accoucheur de Glasgow	628	3
James Ride	5,691	8
Simpson pour 1818	1,457	3
Oldham à l'hopital de Guy	6,608	31
	51,852	72

Ce qui donne une proportion d'un cas d'insertion vicieuse du placenta pour sept à huit cents accouchements.

L'insertion vicieuse serait plus fréquente chez les multipares que chez les primipares, Simpson l'a notée seulement onze fois chez ces dernières sur cent trente-six cas.

L'insertion du placenta a lieu sur le col, ou simplement au voisinage du col, et, dans le second cas, l'hémorrhagie se produit aussi bien que dans le premier. Lorsque l'insertion recouvre en totalité le col, elle est dite *centrale*, lorsqu'elle ne recouvre qu'une partie du col, elle est appelée *partielle ou incomplète*, et si elle est située au voisinage du col elle est *marginale*. Quant à la variété décrite par madame Lachapelle sous le nom d'*intra-cervicale*, elle est rejetée par la plupart des auteurs.

(1) Battut, thèse. Paris, 1867, p. 14.

On s'explique assez facilement le mécanisme de l'hémorrhagie lorsque l'insertion a lieu sur le col, et l'explication de Levret paraît très-exacte. En effet, dans les premiers temps de la grossesse, le développement du placenta se fait en même temps que la surface à laquelle il adhère, tandis que, dans les derniers temps, la dilatation des parois se fait avec rapidité, et le placenta ne s'accroît pas également. Sa surface d'implantation se trouve tiraillée et se décolle.

Quant à l'hémorrhagie qui se produit quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, elle résulte comme Jacquemier l'a parfaitement démontré de ce que le développement du placenta, très-rapide dans les premiers mois de la gestation, devient plus lent et très-peu marqué dans les derniers mois de la gestation, et n'est pas proportionnel au développement du segment inférieur de l'utérus, qui, peu considérable au début de la grossesse, est au contraire plus marqué vers la fin de la gestation.

Les hémorrhagies qui naissent ainsi sous l'influence de cette insertion vicieuse du placenta se rencontrent ordinairement dans le cours du neuvième mois et principalement au moment du travail.

Nous avons déjà dit que le placenta, tout en présentant une insertion normale, était néanmoins susceptible de se décoller et partant de donner lieu à une hémorrhagie. Le décollement dans ces cas peut tenir à des causes multiples, telles que commotions morales, à des violences physiques, telles que chutes, efforts; enfin on peut encore citer comme cause *la rétraction brusque de l'utérus*, lorsque cet organe ayant subi une ampliation exagérée soit par une hydro-amnios ou par grossesse gémellaire, vient à se débarrasser de son liquide ou de l'un des fœtus. Cette rétraction brusque détermine le décollement du placenta. Contrairement, Jacquemier admet que, sous l'influence d'une *distension brusque de l'organe* comme dans l'hydro-amnios, le placenta se décolle à cause de son inextensibilité qui l'empêche de suivre le mouvement de la matrice.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes sont un peu différents suivant que l'on a affaire à une hémorrhagie dépendant d'une insertion vicieuse du placenta ou du décollement du placenta dont l'insertion est normale. Nous étudierons les symptômes dans ces deux cas.

a. *Symptômes de l'hémorrhagie dans le cas d'insertion vicieuse du placenta.* — L'hémorrhagie se manifeste ordinairement vers le sixième ou le septième mois de la gestation, elle survient brusquement, sans cause appréciable. Puis elle disparaît après quelques jours pour reparaître après un temps variable. L'écoulement sanguin peu abondant au début augmente de quantité à chaque fois qu'il survient une nouvelle perte. Ces augmen-

tations dans la quantité de l'écoulement sont dues à des décollements successifs du placenta.

Quelquefois la perte ne se montre pas ainsi à plusieurs reprises et n'apparaît qu'au moment de l'accouchement.

L'adhérence du placenta avec le col devient un obstacle à la dilatation de cette partie de l'utérus et prolonge ainsi la durée du travail au grand détriment de la mère à cause de la perte sanguine qui se produit alors.

Quelquefois le placenta, pressé par la tête fœtale, se détache et est expulsé avant le fœtus.

Desormeaux a fait remarquer que l'écoulement sanguin augmente au moment de la contraction utérine par suite de la pression de la tête fœtale sur le placenta qui tend à en exprimer le sang qu'il contient, et aussi à cause de la dilatation du col qui détruit de plus en plus les adhérences. Le contraire a lieu dans les autres hémorrhagies, la constriction de l'utérus fait cesser l'écoulement.

Le toucher permet encore de constater au fond du col une substance molle, mamelonnée, spongieuse qui n'est autre que le placenta, et qui diffère d'un simple caillot par une densité plus grande. Desormeaux, P. Dubois (1) et Tarnier (2) recommandent de pratiquer les explorations avec les plus grands ménagements dans la crainte de détacher un caillot et de provoquer une nouvelle hémorrhagie.

Notons en outre les symptômes généraux communs à toutes les hémorrhagies et qui sont en rapport avec la quantité de sang perdue.

b. *Symptômes dans le cas de décollement du placenta dont l'insertion est normale.* — Dans le cas où le placenta a son insertion normale, l'hémorrhagie peut être interne ou externe. Mais le plus souvent elle est mixte. Dans l'*hémorrhagie externe* l'écoulement se fait par la vulve, plus ou moins abondant, d'une façon continue ou intermittente. L'écoulement, après avoir duré un certain temps, cesse habituellement ou ne s'arrête pas, il survient bientôt des contractions utérines et un avortement.

Mais l'écoulement sanguin n'est pas toujours accompagné de contractions utérines et il n'est pas rare de le voir se supprimer. L'arrêt de l'hémorrhagie se produit-il par une oblitération des vaisseaux par un caillot, ou est-il dû à l'affaissement du sinus divisé, c'est ce qu'il est impossible de préciser exactement, il est probable, dit M. Joulin, « que la réparation a lieu par l'un et l'autre de ces procédés. »

Lorsque l'hémorrhagie est *interne*, il est souvent difficile de la reconnaître surtout si elle est peu abondante, car elle passe souvent inaperçue. Lorsqu'elle est plus considérable, il survient des douleurs sourdes dans le bas-ventre, des coliques, des nausées, quelquefois des vomissements. Le pouls est petit, fréquent, la malade est exposée à des lipothymies, des

(1) Desormeaux et P. Dubois, *Dictionnaire en 30 vol.*, art. MÉTRORRHAGIE.
(2) Tarnier in Cazeaux, *Traité d'accouchements*, 7e édition.

syncopes, elle présente du refroidissement des extrémités, en même temps il survient un développement rapide du ventre dû à l'augmentation de volume de l'utérus. Ce développement de l'abdomen qui survient brusquement est caractéristique de l'épanchement sanguin, mais il est souvent difficile à constater, et il faut éviter de le confondre soit avec la tympanite intestinale, soit avec l'hydropisie de l'amnios. La percussion qui révèle de la sonorité dans le cas de tympanite et le développement très-lent de l'abdomen dans le cas d'hydropisie de l'amnios, mettront sur la voie du diagnostic. De plus, un léger écoulement sanguin survenant en même temps par la vulve permettra de soupçonner l'hémorrhagie interne.

Si nous recherchons maintenant le siége de l'épanchement sanguin, nous voyons qu'il a lieu : 1° entre la caduque et le chorion ; 2° dans l'épaisseur du placenta lui-même.

Dans le premier cas, il forme une couche plus ou moins épaisse entre le chorion et la caduque, couche qui peut quelquefois envelopper l'œuf complétement (1).

Dans le second cas, l'épanchement décrit par Cruveilhier et Jacquemier sous le nom d'*apoplexie placentaire*, consiste en foyers plus ou moins nombreux et situés dans l'épaisseur du placenta déchiré.

§ III. — Pronostic.

Quant au pronostic, il varie suivant l'abondance de l'écoulement et suivant certaines circonstances particulières qu'il est indispensable de connaître, mais il est toujours grave, non-seulement pour la mère mais encore pour le fœtus qui meurt presque inévitablement si l'hémorrhagie se prolonge et si le travail est un peu long. L'enfant dans ce cas meurt non pas à cause de l'hémorrhagie comme l'a fait remarquer M. Tarnier, mais par asphyxie, l'hématose du sang fœtal ne pouvant plus se faire au contact du sang maternel.

L'insertion vicieuse du placenta et principalement l'insertion centrale exposent la mère à de graves dangers, à cause de la lenteur du travail qui en est la conséquence et qui permet à l'hémorrhagie de s'effectuer pendant un temps assez considérable. Simpson a noté 134 décès sur 399 femmes présentant une insertion vicieuse du placenta.

Quant à l'hémorrhagie interne elle est surtout grave pour le fœtus, l'épanchement n'étant pas en général assez abondant pour compromettre l'existence de la mère. Il faut cependant ne pas oublier que la distension exagérée qu'a subie la matrice prédispose singulièrement à l'inertie utérine et que l'hémorrhagie peut alors survenir par suite de l'absence du retrait de la matrice.

(1) Charpentier, *Maladies du placenta et des membranes*, thèse d'agrégation. Paris, 1869, p. 8.

§ IV. — Traitement.

Le traitement consistera en moyens généraux applicables à toutes les hémorrhagies et en moyens spéciaux suivant l'intensité de l'hémorrhagie, l'époque à laquelle elle se produit suivant, qu'elle est interne ou externe, suivant qu'il y a ou non insertion vicieuse du placenta.

A. *Moyens généraux.* — La femme sera placée au lit dans la position horizontale, la tête basse, le bassin légèrement élevé. On administrera des quarts de lavements laudanisés, des boissons froides, acidules; on appliquera des compresses d'eau fraîche sur l'hypogastre, des révulsifs sur la partie supérieure du tronc.

Si ces moyens sont insuffisants et si la métrorrhagie est très-abondante, il faudra alors avoir recours à des moyens plus énergiques, ce sont:

1° Le seigle ergoté ;

2° Le tamponnement;

3° La rupture des membranes.

On administrera deux grammes de poudre de seigle ergoté dans l'espace d'une demi-heure, ce médicament qui, suivant la remarque de P. Dubois, n'a pas le pouvoir de faire naître des contractions quand la matrice ne s'est pas encore contractée, agit alors très-bien comme hémostatique.

Si la perte continue néanmoins, on doit avoir recours au tampon, mais il faut se souvenir alors que ce moyen peut transformer la perte externe en perte interne. Aussi faut-il alors surveiller avec soin l'utérus et voir si cet organe ne se distend pas sous l'influence de la pression sanguine. Velpeau conseille de pratiquer en même temps la compression à l'aide d'une large bande et de compresses graduées sur les régions iliaques.

Le tamponnement doit être appliqué de bonne heure, suivant M. Tarnier (1), dans tous les cas d'hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta; car la perte habituellement peu abondante au début, augmente considérablement à chaque récidive. Le tamponnement dans ces cas devra être appliqué même avant le début du travail. M. Hervieux (2) partage également cette manière de voir.

Si, malgré cela, la perte continue, il reste une dernière ressource; c'est la *rupture des membranes*, mais qui ne peut être pratiquée qu'à la condition, dit M. Hervieux: « 1° Que le col soit déjà assez entr'ouvert pour permettre l'introduction du doigt; 2° qu'il y ait un commencement de travail manifesté par des contractions utérines, si faibles qu'elles soient, et une légère saillie de la poche des eaux. »

Mais si le col n'était pas dilaté, on pourrait, comme l'a pratiqué Puzos, dilater graduellement le col en introduisant un ou plusieurs doigts, mais sans introduire la main dans l'utérus pour pratiquer l'accouchement

(1) Tarnier in Cazeaux, *Traité d'accouchements*, 7e édit. 1867, p. 795.
(2) Hervieux, *Traité des maladies puerpérales*, 1870, p. 340.

forcé. Les membranes seraient ensuite rompues, afin de permettre l'écoulement des eaux et par suite la rétraction de l'utérus, qui déterminerait l'oblitération des vaisseaux béants. Puis si les contractions venaient à s'affaiblir ou étaient suspendues momentanément, M. Joulin (1) conseille d'administrer l'ergot de seigle à faibles doses.

Dans le cas d'*hémorrhagie interne,* on devra se hâter de vider l'utérus le plus vite possible, soit en pratiquant la rupture des membranes ou l'extraction du fœtus.

Si une hémorrhagie grave survient *pendant le travail*, on devra encore pratiquer la rupture des membranes et hâter l'expulsion du fœtus en administrant le seigle ergoté à faible dose, pourvu toutefois que le col soit dilaté, que la présentation soit favorable, et qu'il n'y ait pas d'obstacle à l'expulsion du fœtus.

ARTICLE II.

MÉTRORRHAGIE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

On distingue après l'accouchement deux catégories de métrorrhagies bien distinctes: 1° celles qui se produisent aussitôt après la délivrance, 2° celles qui surviennent à une époque plus ou moins éloignée de la parturition et que l'on peut désigner sous le nom de métrorrhagies des suites de couches ou de métrorrhagies consécutives.

A. *Métrorrhagies qui surviennent aussitôt après la délivrance.*

§ I. — Causes.

La cause principale qui détermine l'hémorrhagie après la délivrance est l'*inertie utérine.* On sait qu'après l'expulsion du fœtus la matrice continue à se contracter, et détermine ainsi le décollement du placenta et le rétrécissement des vaisseaux devenus béants par suite de ce décollement. Puis la contraction se continuant, le placenta lui-même et les caillots sanguins accumulés dans la cavité utérine sont expulsés, et l'écoulement sanguin s'arrête ainsi de lui-même. S'il survient alors un arrêt des contractions, on voit le sang s'accumuler de nouveau dans la cavité de la matrice, en même temps qu'une certaine quantité s'épanche au dehors.

Cette inertie de la matrice se produit sous l'influence de circonstances qui ont été parfaitement étudiées par Guillemot (2), et qui sont : 1° une constitution molle et un tempérament lymphatique et nerveux ; 2° des règles excessives s'établissant avant le terme habituel de la menstruation ; 3° un

(1) Joulin, *Traité d'accouchements*, 1867 p. 918.
(2) Guillemot, *Mémoire sur les hémorrhagies utérines* (*Archives de médecine*, 1829, t. XX, p. 43).

travail lent et pénible; 4° l'existence de pertes abondantes après les accouchements antérieurs.

La plupart des auteurs admettent encore comme cause de l'inertie utérine; 1° la distension exagérée de la matrice par une hydropisie de l'amnios ou une grossesse gémellaire ; 2° la déplétion trop rapide de l'utérus et la stupeur des parois de la matrice qui en résulte dans les accouchements précipités ; 3° la rétention d'une portion placentaire (1); 4° des adhérences épiploïques anciennes qui gênent le retrait de la matrice.

5° Velpeau pense que l'hémorrhagie peut être due au raptus sanguin vers l'utérus, au moment où les vaisseaux hypogastriques cessent d'être comprimés.

6° Enfin M. Hervieux qui admet que les maladies puerpérales sont dues à un empoisonnement par un miasme, un poison spécial, pense que la métrorrhagie peut être parfois le premier symptôme de l'empoisonnement puerpéral, et « j'en ai puisé la preuve, dit-il, dans les symptômes généraux qui ont précédé le début du travail : frissons, fièvre, céphalalgie, inappétence, etc. » ; mais il admet que, même alors, l'inertie de la matrice reste toujours alors la cause prochaine, directe et mécanique de l'hémorrhagie. Elle s'explique, suivant lui, de la même manière que toutes les hémorrhagies dont l'utérus est le siége dans les pyrexies, c'est-à-dire par la congestion paralytique des vaisseaux, la tension, et les ruptures vasculaires qui en sont la conséquence (2).

Pour que l'inertie puisse être ainsi cause d'hémorrhagie, il est nécessaire que le décollement du placenta ait eu lieu préalablement, car on conçoit que s'il est encore adhérent, les vaisseaux ne se trouveront pas béants et dès lors l'écoulement sanguin ne pourra avoir lieu.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes des hémorrhagies utérines sont importants à connaître et faciles à constater.

L'hémorrhagie peut être interne ou externe, mais le plus souvent elle est mixte, c'est-à-dire qu'en même temps le sang s'accumule dans la cavité utérine, et s'épanche au dehors.

Lorsqu'il se produit une hémorrhagie après la délivrance, l'écoulement sanguin, au lieu d'aller en diminuant, continue et même devient de plus en plus abondant, au point de traverser rapidement les draps et les serviettes qui garnissent la malade. Il n'est pas rare alors de voir les femmes perdre 1,000 à 1,500 grammes de sang.

Mais il est assez rare que le sang s'écoule en aussi grande abondance à l'extérieur ; le plus souvent en effet le sang s'accumule à l'intérieur de la

(1) Hamon, *Bulletin de thérapeutique*, 1872, p. 363.
(2) Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, 1870, 314.

cavité utérine, et l'écoulement par la vulve est relativement peu abondant ; quelquefois même, il est à peine marqué, et la matrice est distendue par une quantité de sang assez considérable pour mettre la vie de la femme en danger. L'absence de l'écoulement au dehors est dû à l'obstruction du col, soit par un débris des membranes ou par un caillot sanguin, ou par une contraction spasmodique du col.

Si l'on déprime assez fortement la paroi abdominale pour aller à la recherche de l'utérus, on trouve la matrice molle, dépressible, difficile à distinguer, au lieu de former une tumeur ferme et résistante, comme cela a lieu lorsque la matrice se contracte normalement.

Si l'on pratique le toucher, on trouve le col largement ouvert et l'on perçoit des caillots accumulés dans la cavité utérine et jusque dans le vagin.

Outre ces symptômes physiques, on constate les symptômes généraux de toutes les hémorrhagies, tels que frissons, petitesse du pouls, pâleur des téguments, troubles de la vue, lipothymies. Ces phénomènes ont une grande importance, surtout quand il y a absence d'écoulement sanguin par la vulve, et ils doivent immédiatement nous engager à explorer l'utérus, et à débarrasser la matrice des caillots qu'elle peut contenir.

Les pertes abondantes peuvent déterminer rapidement la mort, mais on les voit parfois s'arrêter spontanément par le retour des contractions utérines. Dans certains cas, la perte, après s'être arrêtée pendant quelques instants, reparaît de nouveau lorsque les contractions cessent de se produire. Il est des cas où la perte, sans être très-considérable, persiste avec une ténacité considérable. Cela s'observe principalement lorsqu'il existe quelque débris de placenta retenu dans la cavité utérine.

§ III. — Diagnostic.

Le diagnostic est de la plus grande importance, afin de ne pas laisser se prolonger une hémorrhagie qui peut rapidement compromettre la vie de la malade. On ne confondra pas la vessie distendue par l'urine avec la matrice contenant du sang. Dans ce cas, le cathétérisme viendra lever tous les doutes.

Quant à une hémorrhagie qui pouvait résulter de la rupture d'un thrombus, elle se distinguera de celle qui provient de la cavité utérine par la palpation abdominale qui permet de constater que la matrice est ferme et résistante et par le toucher qui ne révèle pas de caillots dans la cavité de l'utérus.

§ IV. — Pronostic.

Le pronostic de la métrorrhagie qui survient après la délivrance est subordonné à la quantité de sang perdue, mais il est en général grave à

cause de la rapidité de l'écoulement qui peut entraîner la mort dans un temps très-court et des troubles anémiques qui en résultent. De plus, suivant quelques auteurs, les pertes de sang abondantes prédisposent aux affections puerpérales graves.

§ V. — Traitement.

Le traitement consiste tout d'abord à prévenir l'hémorrhagie chez les femmes qui dans leurs accouchements antérieurs ont été exposées à cet accident, ou qui se trouvent soumises à l'une des causes d'hémorrhagies que nous avons énumérées.

Dans ce cas, le meilleur moyen à employer est le seigle ergoté que l'on pourra administrer quelques minutes avant l'expulsion du fœtus. On devra administrer un gramme de ce médicament, cette dose étant en général suffisante pour prévenir l'inertie utérine, sans cependant provoquer des contractions énergiques.

D'ailleurs, si l'hémorrhagie continue, on renouvellera l'administration du médicament, qui pourra ainsi être donné à la dose de 3 à 4 grammes en deux fois dans l'espace d'un quart d'heure. En même temps, on devra exciter la matrice à travers la paroi abdominale à l'aide de la main, qui pétrit et titille, pour ainsi dire, l'organe utérin.

Si l'on constate la présence de caillots dans la cavité utérine, on devra introduire, sans hésitation, la main dans cette cavité, afin de les extraire. « L'introduction de la main dans la matrice, dit Desormeaux, est le meilleur et le plus puissant moyen pour déterminer la contraction de l'utérus, et arrêter l'hémorrhagie. Avec la pulpe des doigts, on agace la surface interne de l'organe, tandis qu'avec l'autre main placée sur l'abdomen, on maintient et on stimule la matrice à l'extérieur ; on ne retire la main que lorsque la contraction des fibres utérines la chasse avec les caillots qu'elle entraîne (1). »

En même temps, on devra employer les boissons froides et acidulés, la digitale, la position horizontale, la tête basse, le siége exhaussé.

Lorsque l'hémorrhagie est très-abondante et menace rapidement la vie de la malade, on pourra avoir recours à la *compression de l'aorte*, qui doit être employée jusqu'à ce que les contractions utérines soient devenues assez énergiques. C'est un moyen qui certes ne doit pas être négligé lorsque les autres moyens ont échoué, mais qui ne paraît avoir réussi que dans des cas assez peu nombreux.

Enfin lorsque la métrorrhagie a été très-considérable et que la vie de la femme est sur le point de s'éteindre, on pourrait avoir recours à la *transfusion*. Mais c'est là une opération qui le plus souvent est inutile et à laquelle il est difficile d'avoir recours à cause des instruments spéciaux qu'elle réclame et qu'on n'a pas le plus souvent sous la main.

(1) Desormeaux, Dict. en 30 vol., t. XIX, p. 677.

Quant aux injections intra-utérines, elles sont rejetées par un certain nombre d'auteurs comme inefficaces et même dangereuses. D'autres, au contraire, pensent que c'est un moyen auquel on doit recourir sans crainte et qui a rendu de véritables services. « Depuis plusieurs années, dit M. Hervieux, j'ai recours dans mon service aux injections intra-utérines avec la sonde à double courant dans les hémorrhagies qui surviennent après la délivrance, et je déclare : 1° que, malgré le nombre considérable d'injections faites par ce procédé (c'est par centaines qu'il me faudrait compter celles que nous avons pratiquées jusqu'à ce jour), je n'ai jamais eu à déplorer un seul accident ; 2° que les solutions caustiques injectées avec toutes les précautions que comporte cette opération ont pour effet sinon constant, du moins très-ordinaire, d'arrêter l'hémorrhagie, soit en sollicitant la rétraction utérine, soit en coagulant sur place le sang qui s'écoule par les orifices vasculaires (1). »

M. Hervieux se sert dans ces cas de la solution de Piazza dans la proportion d'une partie pour quatre parties d'eau.

La solution hémostatique de Piazza, modifiée par Adrian, est composée comme il suit :

Chlorure de sodium pur.....	15	grammes.
Solution de perchlorure de fer neutre à 30°.....	25	—
Eau distillée.....	60	—

Le docteur Flornoy (de Bordeaux) a également employé les injections de teinture d'iode dans la cavité utérine, pour arrêter les hémorrhagies qui succèdent à la délivrance, et il rapporte deux observations de métrorrhagies très-abondantes qui ont été efficacement combattues par ce moyen. Le liquide employé par ce médecin est ainsi composé :

℞ Eau distillée.....	30	grammes.
Teinture d'iode.....	15	—
Iodure de potassium.....	0,25	—

De plus, il considère ces injections comme un moyen préservatif de la fièvre puerpérale.

La pratique des injections intra-utérines que nous avons déjà préconisée (voyez p. 307) dans les cas de métrorrhagies utérines en dehors de l'accouchement nous paraît en effet devoir se vulgariser et ne nous semble pas mériter les reproches qu'on lui a adressés un peu trop légèrement.

On a encore employé pour arrêter l'hémorrhagie utérine, le tamponnement. Mais ce moyen doit être rejeté, il aurait en effet pour conséquence de transformer la perte externe en perte interne. Nous ne conseillerons pas non plus, comme l'a fait Rouget, d'introduire dans la matrice une vessie de porc ou une vessie de caoutchouc qu'on distend par insufflation. Ce

(1) Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, 1870, p. 363.

moyen doit entraver le retrait de la matrice, et par conséquent augmenter la surface qui fournit l'hémorrhagie.

B. *Hémorrhagies consécutives ou des suites de couches.* — Nous désignerons sous ce nom les hémorrhagies qui surviennent chez les femmes quelques jours après l'accouchement, alors que l'écoulement sanguin qui accompagne la délivrance a complétement disparu.

§ I. — Causes.

La cause de cet écoulement est considérée, par certains auteurs, comme étant due : 1° à l'inertie secondaire de la matrice, 2° à une congestion de l'organe, 3° à une altération du sang.

La cause de l'hémorrhagie doit être attribuée, selon M. Hervieux, dans un certain nombre de cas à l'empoisonnement puerpéral, mais nous croyons avec M. Joulin, que la véritable cause de l'hémorrhagie tient à l'état de la circulation de la nouvelle muqueuse utérine dont les rameaux capillaires réduits à leur membrane à noyau sont très-friables et se laissent facilement déchirer sous l'influence de la pression du sang. Qu'il survienne alors une légère congestion de la muqueuse sous l'influence de la marche, d'un effort, d'émotions morales, l'hémorrhagie ne tardera pas à se produire.

§ II. — Symptômes.

L'écoulement sanguin qui se manifeste alors est en général peu abondant ; il survient quelques jours après l'accouchement, même lorsque les lochies ont complétement disparu. Cet écoulement ne compromet pas ordinairement l'existence de la malade, mais il est quelquefois assez tenace pour déterminer des troubles anémiques parfois considérables, et il n'est pas rare de les voir disparaître pour se reproduire bientôt. Ces hémorrhagies se produisent le plus souvent sans douleurs bien marquées, cependant quelquefois il existe des douleurs lombaires, de la faiblesse.

§ III. — Traitement.

Ces hémorrhagies secondaires seront efficacement combattues par le repos, la position horizontale, l'ergot de seigle, la digitale, et aussi les injections intra-utérines.]]

CHAPITRE II

TUMEUR SANGUINE DES LÈVRES (1)

Le premier auteur anglais, qui ait décrit cet accident, est Macbride (de Dublin), qui, en 1776, communiqua deux faits à Hunter (2) : le fait avait été déjà cependant signalé auparavant, comme le prouve une observation de Merriman (3). Macbride (de Dublin) est généralement regardé comme le premier auteur qui ait décrit ce genre de tumeur, en 1776. J'en ai cependant trouvé une description très-exacte dans Vesling (4). La voici :

« *Observatio* I.— Alias jam bis observassem ab effuso intra tunicas vaginæ » sanguine in partu difficili pudendi labium ingenti tumore distensum fuisse » quo aperto sanguineque atro paulatim evacuato mulieres evasere. »

Boër (de Vienne) (5), dans un chapitre intitulé : *De fluxu quodam san-*

(1) Bibliographie : Kronauer, *De tumore genitalium post partum sanguino*, dissertation inaugurale. Bâle, 1734. — Audibert, *Dissertation sur l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement.* Paris, 1812. — Legouais, *Dictionnaire des sciences médicales.* Paris, 1821, t. LV, p. 118, article Thrombus. — Siebenhaar, *Observationes de tumore vaginæ sanguineo ex partu oborto.* Leipzig, 1824. — D'Outrepon, *Gem. Zeitschr. für Gebtsk.*, t. III, p. 427 ; *Mémoires et matières concernant l'art des accouchements*, t. I, p. 202 ; *Bulletin de Ferussac*, t. XXII, p. 92. — Téallier, *Trans. med.*, t. III, p. 21. — Baudelocque, *Journal général de médecine*, t. I, p. 446. Messner, *Gesammte deutsche Zeitschrift für Geburstkunde*, 1830, t. V, p. 189. — Levrat Perrotton, *Compte rendu des travaux de la Société médicale de Lyon.* Lyon, 1831, p. 66. — Hervez de Chégoin, *Journal universel hebdomadaire de médecine*, 1832, t. VIII, p. 375. — Elsæser, *Gazette médicale*, 1834, p. 744. — Foulhioux, *Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 771. — Martin jeune, *Mémoires de médecine et chirurgie.* Paris, 1835, p. 344. — Vogelman, *Archives générales de médecine*, 1835, t. VII, p. 132. — Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements.* Paris, 1835, t. II, p. 465 ; *Dictionnaire* en 30 volumes, 2e édition, article Thrombus ; *Journal de chirurgie de Malgaigne*, mars 1846. — Fiedler, *Effusio sanguinis in genitalia muliebria externa.* Francofurti, 1837. — Renard (madame), *Union médicale*, 1850, p. 629. — Blot (H.), *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement*, thèse d'agrégation. Paris, 1853. — Cazeaux, *Gazette médico-chirurgicale*, février 1846, p. 65 ; *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, p. 613. — Populus, thèse inaugurale. Paris, 1857, n° 246. — Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels de la femme.* Paris, 1858, p, 498. — Vauclin, thèse inaugurale. Paris, 1858, n° 21. — Laborie, *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin.* Paris, 1860. — Vidal, *Traité de pathologie externe*, 5e édition. Paris, 1861, t. V, p. 289. — Paul Perret, *Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement*, thèse de la Faculté de Paris, 1864.

(2) Hunter, *Medical observations and inquiries*, vol. V, p. 85.

(3) Merriman, *Synopsis of the various kinds of difficult parturition*, 4e édition. London, 1826, p. 111, note.

(4) Vesling, *Observationes anatomicæ et epistolæ med.* Editæ à Th. Bartholino. Hafniæ, 1664, p. 168, obs. L.

(5) Boër, *Naturalis medicinæ obstetricæ libri septem.* Viennæ, 1812, t. II, p. 319.

guinis in puerperis ante incognito, a décrit un épanchement considérable de sang dans le tissu cellulaire, à la suite duquel le vagin se trouva détaché.

Pour donner une idée plus précise de ce genre d'accident, j'extrais du mémoire de Macbride les faits suivants.

Observation II. — Au mois d'août 1796, je fus appelé auprès d'une femme qui venait d'accoucher une heure auparavant et qui cependant continuait à souffrir beaucoup. Les personnes qui l'entouraient la regardaient comme étant en très-grand danger. A l'examen, je constatai que la douleur était produite par un épanchement considérable et très-douloureux dans l'une des grandes lèvres. La femme me dit que cet épanchement s'était produit immédiatement après son accouchement, bien que tout eût été jusque-là parfaitement régulier. J'envoyai chercher immédiatement Cleghorn, ainsi que le médecin qui l'avait accouchée. Au moment où ces messieurs vinrent, c'est-à-dire au bout d'une heure, la tumeur avait acquis le volume d'une tête d'enfant. Elle était dure et excessivement douloureuse ; elle s'étendait jusqu'au périnée, et était complétement livide. Nous fûmes tous dans un grand embarras sur la véritable nature de cette tumeur, et après avoir conseillé des fomentations légèrement excitantes, nous convînmes de revoir la malade dans la journée. A cette seconde visite, la douleur n'avait en rien diminué, la tuméfaction était encore plus considérable, les téguments étaient mortifiés, et la partie la plus saillante de la tumeur paraissait sur le point d'éclater. L'ouverture se fit, en effet ; dans le courant de la nuit, une très-grande quantité de sang coagulé s'échappa, les douleurs cessèrent en grande partie, et toute la tumeur se trouva réduite des trois quarts. La peau étant mortifiée dans une très-grande étendue, on continua les fomentations et l'on eut même recours à des pommades excitantes dans le but de favoriser l'élimination des parties mortifiées. Au bout d'une semaine, la quantité de sang coagulé qui s'échappait à chaque pansement était considérable ; graduellement, cependant, cet écoulement diminua, et au bout de deux mois il ne restait plus aucune tuméfaction. La plaie se cicatrisa et la femme se trouva complétement guérie.

Un troisième cas fut rapporté par Raincy (de Dublin), en 1774 ; un quatrième fut publié par Maitland, en 1776 (1), et un cinquième par Perfect en 1783 (2). Denman (3) a rencontré trois cas semblables. et cet accident est mentionné comme une des complications du travail par Burns (4), Merriman (5), Dewees (6), Hamilton (7), Campbell (8), Davis (9)

(1) Maitland, *Med. Comment.*, vol. VI, p. 86.
(2) Perfect, *Cases in midwifery*, vol. II, p. 63.
(3) Denman, *Introduction to midwifery*, p. 406.
(4) Burns, *The principles of midwifery*, 10e édition. London, 1843.
(5) Merriman, *Synopsis of the various kinds*, p. 111.
(6) Dewees, *Diseases of females*, p. 32 ; *Journal de Philadelphie*, novembre 1827, n° 17, p. 421.
(7) Hamilton, *Outline of midwifery*, p. 87
(8) Campbell, *Midwifery*, p. 328.
(9) Davis, *Obst. med.*, vol. I, p. 45.

et les auteurs les plus modernes sur les accouchements. Des cas de ce genre ont été aussi rapportés par Chaussier (1), madame Lachapelle (2), Récamier (3), Phillipart (4), et par un autre auteur (5). En Allemagne, cette maladie a été décrite par Schreider (6), Boër (7), Siebold (8), Ebert (9), Carus (10), H. F. Nægele (11), Steudel (12) et autres.

Dans un excellent rapport, Crosse (13) fait remarquer : « Que depuis le dernier meeting, on a publié un grand nombre d'exemples de ces varices des grandes lèvres, qui atteignent un développement si considérable, se terminent par une extravasation de sang dans le tissu cellulaire du vagin et du petit bassin. Quant à lui, il a pu voir dernièrement un fait de ce genre, lequel a donné lieu à une enquête judiciaire. »

Le mémoire détaillé de Ingleby (14) peut être consulté comme le meilleur traité de cette question.

A un autre meeting de la Société obstétricale de Dublin, Montgomery a rapporté deux faits semblables (15). Roger a rapporté lui-même un exemple de tumeurs avant l'accouchement, et dont on peut se débarrasser par la ponction (16). Ramsbotham en a rapporté cinq exemples : deux de la lèvre droite, trois de la lèvre gauche. Ces tumeurs se produisirent après l'accouchement et s'ouvrirent spontanément. Il y eut une hémorrhagie abondante, mais tout se termina bien. Il enleva les caillots et fit appliquer des cataplasmes (17).

(1) Chaussier, vol. XXXIV, p. 268 ; *Mém. et consultations de médecine légale*, p. 397 et 399 ; *Bull. de la Faculté de médecine*, t. II, p. 54.

(2) La Chapelle, *Pratique des accouchements*, vol, III, p. 200.

(3) Récamier, *Tumeurs sanguines de la vulve et du vagin* (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1855, t. II, p. 525, art. 352).

(4) Phillipart, *Bull. méd. belge*, vol. I, p. 90.

(5) *Recueil périodique de la Société de santé de Paris.*

(6) Schreider, *Siebold's Journal*, vol. II, p. 103.

(7) Boër, *Naturalis medicinæ obstetricæ*. Vienne, 1812.

(8) Siebold, *Biblioth. german. med.-chirurg.*, t. VI, p. 173 ; *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 482.

(9) Ebert, *De la perte du sang chez les femmes en travail à la suite de la rupture d'une varice* (*Archives générales de médecine*, 1834, 2e série, t. V, p. 610).

(10) Carus, *Med.-chir. Review*, vol. XXII, p. 224.

(11) Nægele, *Heidelb. klinische Ann.*, vol. X, p. 417-431, et *Traité de l'art des accouchements*, trad. par Aubenas. Paris, 1869, p. 511.

(12) Steudel, *Observation d'une hémorrhagie mortelle occasionnée par la rupture d'une varice pendant l'accouchement* (*Gazette médicale*, 1834, p. 230). — *Kleiner's repertorium*, mai 1835, p. 51.

(13) Crosse, *Fourth anniversary meeting of the provincial medical and surgical association*. Manchester, 21 juillet 1837 (*Trans, of prov. med. and sug. Assoc.*, vol. V, p. 95).

(14) Ingleby, *On the tumors obstructing delivery* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XIV, p. 107).

(15) Montgomery, *Dublin quarterly Journal of med.*, mars 1851 ; *Sur une espèce particulière de thrombus qui se montre pendant l'accouchement* (*Archives générales de médecine*, juin, 1851).

(16) Roger, *New Jersey med. Rep.*, avril 1850.

(17) Ramsbotham, *Med. Times and Gazette*, octobre 1852, p. 367.

De ce sommaire abrégé il ressort que, bien que les tumeurs sanguines des lèvres soient rares, elles ne le sont pas cependant autant qu'on l'avait d'abord supposé.

Cette maladie qui consiste en un épanchement de sang dans le tissu cellulaire peut affecter, soit une seule lèvre, soit les deux, et peut s'étendre dans le bassin et plus bas dans le périnée. Elle se produit pendant le travail, avant le passage de l'enfant, plus souvent encore après l'accouchement. Dans les faits de Maitland, de Perfect, H. F. Nægele, Stendel et Roger, la maladie est survenue avant l'accouchement, et même dans plusieurs de ces cas, à une période peu avancée du travail. En pareille circonstance l'enfant éprouve de grandes difficultés au passage, si grandes quelquefois qu'il faut appliquer le forceps, que la tumeur se soit ou non ouverte. Quand la tuméfaction est surtout notable en dedans de la vulve, on peut la prendre pour la poche des eaux, mais un examen attentif corrige cette erreur. Le plus ordinairement, d'ailleurs, la tumeur apparaît à la suite du travail soit immédiatement après, soit après un court intervalle. Il n'est pas du tout nécessaire que le travail ait été ni long ni difficile, mais, sans aucun doute, s'il y a la moindre prédisposition aux varices, la longueur et la difficulté des contractions utérines favorisent la production de cet accident.

L'épanchement peut occuper une seule lèvre ou les deux quelquefois, il s'étend à tout le périnée, d'autres fois il remonte dans le bassin et paraît être formé par la distension de tous les tissus euvironnants. Si la tumeur une fois formée vient à se rompre, l'hémorrhagie peut être très-abondante.

Ces tumeurs des grandes lèvres peuvent présenter un aspect très-alarmant. Elles sont rouges ou même pouprées ; elles ont le volume d'une tête d'enfant, donnent lieu à des douleurs très-violentes, et enfin le moment même où elles apparaissent, alors que tout semblait bien marcher ou devait se terminer heureusement, tout se réunit pour faire naître une impression fâcheuse.

§ I. — Causes.

Sans aucun doute ces épanchements sont produits par la rupture d'un vaisseau, laquelle survient au moment du passage de l'enfant. Reste à savoir quel est le vaisseau qui se trouve rompu. L'hémorrhagie est si abondante, que l'on a considéré comme impossible que le sang fût fourni par les vaisseaux de la région. Il faut se rappeler, cependant, que ces vaisseaux, qui sont très-petits à l'état normal, deviennent variqueux pendant la grossesse. Burns suppose que les vaisseaux rompus sont ceux des petites lèvres. Pour Dewees ce sont ceux du vagin ; pour Davis et Campbell ce sont les veines honteuses. Crosse a considéré ces tumeurs comme le résultat de varices du vagin, et cette opinion est admissible.

Chacun sait que les veines des lèvres et du vagin peuvent devenir variqueuses et par conséquent très-gênantes, mais la fréquence de cet accident comparée avec la rareté des tumeurs sanguines est plutôt un argument contre la relation qui pourrait exister entre ces deux lésions.

[Parmi les causes déterminantes, il faut noter les coups, les chutes, les efforts considérables, etc. Le thrombus peut également être spontané.]

§ II. — Symptômes.

Rien dans les phénomènes du travail ne peut faire craindre la production de ces tumeurs: et elles arrivent dans les cas où le travail a été on ne peut plus naturel. L'attention de la malade est d'abord appelée sur le gonflement des lèvres et sur une sensation de pesanteur et de poussement continuel. Si l'on examine les parties à ce moment on voit une distension irrégulière des grandes lèvres. Si la tuméfaction est considérable, la lèvre est renversée, en sorte qu'elle paraît être extérieurement recouverte par la membrane muqueuse. Cette disposition a fait croire dans certains cas à la procidence des membranes. La couleur des parties est livide, presque noire; le toucher donne une sensation de ramollissement; la tuméfaction augmente rapidement et arrive à recouvrir la vulve et le périnée dont elle change complétement l'aspect et les rapports.

Dans tous les cas connus, la douleur paraît avoir été extrême, d'autant plus intense que la tumeur est plus considérable. La rupture amène un soulagement. Si cette terminaison est longue à se produire, des troubles généraux surviennent, une fièvre intense peut s'allumer. Le pouls est rapide, la peau chaude, la céphalalgie très-prononcée, il y a même du délire. Le malaise général est augmenté par la rétention d'urine que produit la pression des lèvres sur l'orifice de l'urèthre. La malade reste étendue sur le dos, incapable du moindre mouvement, les cuisses largement écartées ; elle ne peut seulement supporter le poids de ses draps. A ce sujet Dewees fait observer que si les téguments ne cèdent promptement, la vie de la malade est bientôt compromise, et il faut avoir recours à une ouverture artificielle (1).

Dès que la tumeur est ouverte, il suffit de quelques heures pour qu'une amélioration notable se produise. L'ouverture spontanée a toujours lieu sur la face interne de la lèvre. La membrane muqueuse se soulève, se gangrène et enfin cède à la pression. Une partie du sang épanché s'écoule immédiatement, et comme il reste toujours des caillots qui tendent à se putréfier, les plaies de ce genre donnent bientôt lieu à une odeur fétide. Peu à peu, cependant, ces caillots sont expulsés ou absorbés, et la plaie se ferme complétement. Cette ouverture peut quelquefois se produire pendant le travail ; l'hémorrhagie, en pareil cas,

(1) Dewees, *Diseases of females*, p. 38.

peut être considérable et même devenir fatale. Macbride a vu deux faits semblables; ces malades ont guéri toutes deux. Denman a vu plusieurs faits se terminer aussi heureusement. Ces deux auteurs regardent donc la maladie comme exempte de tout danger. Il y a cependant un assez grand nombre d'exemples de terminaison fatale pour justifier nos craintes. M. Phillipart a rapporté l'histoire d'une dame qui fut atteinte de tumeur sanguine de la lèvre gauche pendant l'accouchement. Cette tumeur se rompit; une hémorrhagie eut lieu et la malade mourut avant d'être accouchée (1). J. Nægele a rapporté quatre faits de ce genre. L'un fut mortel, dans le second la tumeur s'ouvrit, on enleva les caillots, il fallut ensuite appliquer le forceps, mais l'enfant était mort. Dans un troisième exemple, la tumeur s'ouvrit spontanément pendant l'application du forceps. Une hémorrhagie de sang artériel se produisit; on fit la compression pendant trois heures, et quand ensuite on réappliqua le forceps, l'enfant était également mort. Dans un quatrième cas, on retira de la lèvre, au moyen d'une incision, 300 grammes de sang, et le travail marcha ensuite très-heureusement pour la mère et pour l'enfant (2).

Steudel rapporte un cas de tumeur qui s'ouvrit pendant l'accouchement. La malade, dit-il, perdit 6 à 7 livres de sang, elle eut une syncope et mourut. Trois autres cas également mortels ont été rapportés (3) et Crosse (de Norwich) a eu un exemple de rupture spontanée de la lèvre gauche dans une étendue de trois pouces pendant la durée du travail. La malade perdit une grande quantité de sang et mourut avant d'être accouchée. Wiffels (4) a aussi rapporté l'exemple d'une femme chez qui une tumeur sanguine se forma et s'ouvrit pendant le travail; elle mourut avant d'être accouchée. On cite encore l'histoire d'un cas fatal de varices du vagin qui se rompirent pendant le travail (5). Y eut-il dans ce cas un véritable thrombus? C'est ce que je ne sais.

Tous ces faits prouvent que le danger qui accompagne les hémorrhagies est beauconp plus grand au moment de l'accouchement; qu'il y a moins à craindre quand la tumeur, s'étant formée pendant le travail, ne s'ouvre pas avant l'accouchement. Et enfin le cas le plus favorable est celui dans lequel la tumeur ne se forme qu'après l'accouchement. Cette distinction est facile à comprendre, si, en effet, on laisse au sang le temps de se coaguler, il agit comme un tampon sur les vaisseaux et il arrête l'hémorrhagie. Quand la distension des parties est considérable et se produit avant la naissance de l'enfant, elle peut devenir un sérieux et même un insurmontable obstacle, et le forceps doit être appliqué tant pour le salut de la mère que pour celui de l'enfant.

(1) Phillipart, *Bull. med. belge*, vol. I p. 96.

(2) Nægele, *On diseases, of women*, p. 540. — *Sydenham Society's publication*, février 1849.

(3) *Med. chir. Review.*

(4) Wiffels, *Journal de médecine et de chirurgie*, 1850, p. 74.

(5) *Berliner Zeitung; Lancet*, 26 mai 1860.

§ III. — Diagnostic.

La tumeur sanguine des lèvres a été confondue :

I. *Avec une hernie.* — Mais la rapidité avec laquelle elle apparaît, les diamètres et son aspect général sont si différents que le moindre examen un peu attentif met à même de faire la distinction.

II. *Avec une hydrocèle.* — Dans un cas rapporté par Maitland, la tumeur a été ponctionnée par la sage-femme. Toutefois l'hydrocèle peut être isolée des grandes lèvres, suivie jusqu'au col utérin, ce qui rend la distinction très-facile. En outre, dans un grand nombre de cas, la tuméfaction ne se présente qu'après l'accouchement.

§ IV. — Pronostic.

[Le pronostic est très-grave : sur 43 femmes atteintes de cette affection, 17 ont succombé, et presque toujours la mort de l'enfant est inévitable. Non-seulement il faut redouter une hémorrhagie mortelle, mais il faut encore craindre plus tard l'infection putride, l'infection purulente et même la péritonite, qui, suivant Meissner (1), est loin d'être rare en pareil cas.]

§ V. — Traitement.

Au point de vue du traitement, on doit classer les tumeurs sanguines en : 1° celles qui apparaissent pendant le travail et avant l'accouchement; 2° celles qui apparaissent après la naissance de l'enfant.

I. Dans le premier cas on peut laisser aller les choses dans l'espoir que la tumeur s'ouvrira d'elle-même, ou bien on pratique une ouverture, on applique la compression et des styptiques, et l'on complète, s'il y a lieu, l'accouchement au moyen du forceps. Le danger de s'en rapporter à la nature est que, si la tumeur est volumineuse, elle peut donner lieu à une hémorrhagie considérable, ou bien elle peut être un tel obstacle au passage de l'enfant, qu'il faille user du forceps et accroître ainsi les chances de déchirures. Si au contraire la tumeur est petite, il est possible qu'elle disparaisse naturellement sans rupture. Le danger de l'ouverture, avant que le sang soit coagulé, est l'hémorrhagie.

Entre ces deux manières d'agir, il est difficile d'indiquer d'une façon absolue ce que l'on doit faire. Cela dépendra des circonstances spéciales à chaque cas, et il faut s'en rapporter au jugement du chirurgien.

D'une manière générale, je pense cependant que l'on peut établir les règles suivantes :

Quand la tumeur est d'un volume modéré et n'offre aucun sérieux

(1) Meissner, cité par Deneux, *Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin.* Paris, 1830.

obstacle à l'accouchement, il sera mieux d'attendre et de ne pas ouvrir. Dans le cas de Maitland, une ouverture fut faite par la sage-femme au commencement du travail. Malgré la perte de sang, la tumeur resta aussi volumineuse qu'une tête d'enfant; l'accouchement se fit naturellement trente-six heures après l'ouverture.

Dans le fait rapporté par Perfect, il se fit également une ouverture, et la tumeur diminua notablement sans qu'il se produisît d'hémorrhagie. Ces faits prouvent donc que si la tumeur laisse de la place, l'accouchement peut se faire naturellement et en toute sûreté. Maitland a fait usage de simples infusions de camomille. Perfect, d'un cataplasme de mie de pain et de lait, et dans les deux cas la guérison a été rapide et complète.

Si, au contraire, la tumeur est volumineuse, l'enfant ne pourra pas sortir naturellement et même, suivant toutes probabilités, on ne pourra pas faire usage du forceps sans produire quelques déchirures. En pareil cas, ce qu'il y a de mieux, c'est d'ouvrir la tumeur, de la vider, de cautériser l'intérieur avec de la charpie trempée dans un liquide styptique et de finir seulement alors l'accouchement.

[Autant qu'on le pourra, il faudra n'ouvrir la tumeur que lorsque la tête du fœtus engagée pourra faire, momentanément au moins, office de tampon.]

La manière dont on pourra terminer l'accouchement demande quelques réflexions. Si l'hémorrhagie est considérable, la vie de l'enfant est très-compromise. Dans les trois cas de Nægele, deux fois l'accouchement fut terminé par le forceps et les enfants étaient morts. Comme l'on peut toujours déterminer, au moyen du stéthoscope, si l'enfant est encore vivant; et comme il faut, autant que possible, n'exercer qu'une faible pression sur les parties molles de la mère, on peut se décider d'avance. Quand l'enfant est mort, il est plus prudent d'aplatir la tête et de faire usage du crochet ou bien du forceps.

II. Quand la tumeur apparaît après la naissance de l'enfant, on doit d'abord songer à la douleur et dans ce but appliquer des cataplasmes et faire des lotions. Comme le danger de l'hémorrhagie est très-grand, il faut bien se garder d'ouvrir immédiatement. Chas. Johnson m'a cité un fait d'ouverture de la tumeur sanguine douze heures après l'accouchement. Bien que le vagin fût tamponné et que toutes les mesures préventives eussent été prises, ce fut à grand'peine qu'on arrêta l'hémorrhagie. Si la douleur est supportable, il faut attendre quelque temps avant de pratiquer une incision. Mais, d'autre part, comme la plaie par incision guérit plus facilement que celle qui résulte de la mortification des tissus, il faut attendre quelques heures pour permettre au sang de se coaguler, et l'on fait ensuite une large incision.

Si l'écoulement de sang continue, il sera à propos d'appliquer dans la cavité quelques styptiques ou de la remplir avec de la charpie; s'il n'y a pas d'écoulement de sang on appliquera un cataplasme. Il vaut mieux ne

pas enlever tout d'abord les caillots; ils sont une garantie contre l'hémorrhagie, mais après un jour ou deux on peut en faire disparaître une grande partie, et le reste se ramollit ensuite peu à peu et s'en va avec les cataplasmes, laissant en dessous les tissus granuleux parfaitement sains, lesquels remplissent peu à peu la cavité.

Rien n'est plus nécessaire que l'usage des cataplasmes arrosés, s'il y a lieu, d'une solution de chlorure de chaux. Si ces granulations sont trop exubérantes on les touche avec le crayon de nitrate d'argent.

Du reste, de tous les cas connus jusqu'ici, aucun n'a présenté une difficulté réelle comme guérison une fois le premier danger passé. Plusieurs même des malades sont redevenues enceintes sans qu'aucun accident de ce genre se soit reproduit.

Le régime des malades doit être très-adoucissant aussi longtemps que continue la fièvre. Une fois la suppuration établie, il faut prescrire un bon régime, du vin et des toniques.

[Perret (1) a résumé avec beaucoup de soin l'état de la science sur la question. Nous lui empruntons ici deux observations très-complètes et qui renferment des enseignements précieux.

Observation III.—*Tumeur sanguine occupant la partie latérale gauche de l'excavation pelvienne. Ouverture artificielle ; pas d'hémorrhagie. Mort.* — La nommée L...., primipare, âgée de vingt ans, bien conformée, d'une bonne santé habituelle, n'a éprouvé aucun accident pendant sa grossesse : elle est à terme et accouche à la Maternité, le 18 juin 1864, à cinq heures du soir. Le travail a duré six heures dont une heure de période d'expulsion ; présentation du sommet en O. I. G. A. ; enfant vivant du poids de 3 kilogrammes 250 grammes. L'accouchement et la délivrance ont été naturels, n'ont pas nécessité de manœuvre, et n'ont été suivis d'aucun accident. La malade se trouva bien jusqu'à sept heures et demie du soir, mais alors elle accusa de violentes douleurs lombaires, avec ténesme rectal et besoin de pousser en bas. L'élève sage-femme de service pratiqua immédiatement le toucher, et sentit une tumeur qui lui parut assez peu volumineuse : elle occupait la partie postérieure et latérale gauche du vagin. L'élève s'absenta tout au plus cinq minutes pour aller chercher l'aide sage-femme. Le toucher fut de nouveau pratiqué, et l'on constata de grands changements dans la tumeur : elle avait pris un développement considérable ; c'est là un point sur lequel j'insiste, car il montre avec quelle rapidité s'est formé l'épanchement sanguin.

M. U. Trélat, mandé en toute hâte, arriva à neuf heures du soir, et l'examen auquel il se livra donna les résultats suivants : à l'extérieur les grandes lèvres et la vulve ne présentent ni changement de coloration ni tumeur ; il existe une déchirure du périnée, verticale, et d'une étendue de 3 centimètres environ : pas d'ecchymose à l'extérieur.

En écartant les grandes lèvres, on constate aussi une éraillure peu pro-

(1) Perret, *Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement.* Paris, 1864.

fonde de la muqueuse vaginale à sa paroi postérieure ; cette dernière fait une saillie considérable de couleur violacée qui obture à peu près complétement l'orifice vaginal. La tumeur, au dire de l'aide sage-femme, ne paraît pas avoir augmenté sensiblement de volume depuis la dernière exploration, ce qui ferait croire qu'elle a atteint à peu près d'emblée, c'est-à-dire, dans l'espace de cinq à dix minutes, son maximum de développement, au moins dans ses parties accessibles.

Cette tumeur occupe toute la longueur de la partie latérale gauche et postérieure du vagin jusqu'au col de l'utérus, au delà duquel elle s'étend peut-être, l'exploration ne pouvant être portée plus loin. Elle offre une consistance élastique assez ferme, sans la moindre sensation de fluctuation.

Malgré son volume, elle permet assez facilement l'introduction, entre les parois vaginales accolées, du doigt jusqu'au col de l'utérus. Celui-ci est élevé et fortement déjeté à droite et en avant, il n'offre du reste rien d'anormal dans sa forme ou ses dimensions. La tumeur, qui est fortement convexe dans l'intérieur du vagin, s'aplatit et se surbaisse au voisinage du col.

Le toucher par le rectum permet de constater que la tumeur fait une saillie considérable dans la cavité de cet intestin qu'elle oblitère en partie ; la muqueuse rectale est du reste intacte, et aucun écoulement sanguin ne s'est fait par l'anus.

Quant à l'état général de la malade, voici ce qu'on constate. Cette femme, qui offrait toutes les apparences d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, qui avait avant son accouchement le teint coloré, est maintenant très-pâle, avec un pouls fréquent, faible et dépressible ; elle a des sueurs froides, à certains moments des lipothymies : elle est dans une anxiété extrême et dans une impatience qui se traduit par des récriminations continuelles et presque des injures. L'utérus encore volumineux est dur et assez bien contracté ; ni douleur, ni ballonnement du ventre ; la malade ne fait aucun effort et n'éprouve aucun besoin d'expulsion ; elle n'accuse comme principal symptôme qu'une douleur gravative à la région lombaire.

M. Trélat se décide à ouvrir immédiatement la tumeur : à cet effet il pratique une incision de 3 à 4 centimètres intéressant la partie la plus déclive de la paroi postérieure du vagin. Il s'écoule par la plaie une très-petite quantité de sang liquide. Le doigt introduit dans la cavité anormale l'explore facilement et peut vider le foyer des caillots qu'il contient ; le poids de sang sorti a pu être évalué à 250 ou 300 grammes ; il se fait encore dans le foyer un écoulement de sang très-peu abondant. Les parties sont fortement abstergées avec de l'eau froide.

Par l'exploration de la cavité sanguine, on constate qu'elle s'étend par en bas vers l'épaisseur du périnée dont la peau et le tissu cellulaire sont intacts, et que sa paroi postérieure est formée par le rectum tout seul, reconnaissable à sa minceur et à sa souplesse.

Les lèvres de la déchirure périnéale sont rapprochées à l'aide de trois serres-fines ; des toniques consistant surtout en vin de Bordeaux sont administrés à la malade qui est reportée avec précaution dans son lit, un bandage de corps garni de ouate entoure et comprime la paroi abdominale.

Pendant la nuit du samedi 18 au dimanche 19, la malade repose sans douleur ; l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Le 19, à la visite du matin, le pouls, à 110 pulsations, a repris un peu de force ; le ventre n'est pas douloureux ; ni ballonnement ni météorisme ; pas de douleur à la région lombaire, l'utérus est bien rétracté ; les battements du cœur sont réguliers, sans bruit anormal ; pas de souffle dans les vaisseaux du cou. Il n'y a pas eu de garderobe depuis l'accouchement ; la malade ne peut uriner et a dû être sondée ; elle est du reste très-calme, et dit se trouver bien ; la respiration est légèrement accélérée ; on ne constate aucune ecchymose à l'extérieur.

Une injection de 2 litres d'eau simple est faite dans le foyer avec un irrigateur muni d'une grosse canule avec plusieurs orifices à son extrémité. Cette canule, qui n'a pas moins de 15 à 18 centimètres de longueur, disparaît presque entièrement lorsqu'elle est poussée jusqu'à l'extrémité postérieure de la cavité accidentelle ; on l'enfonce du reste à des profondeurs variables pour baigner toute l'étendue du foyer. Cette injection sort d'abord fortement colorée par du sang pur, puis viennent quelques caillots, les uns plus anciens, les autres paraissant de formation toute récente, mais en petite quantité, et l'injection ne tarde pas à revenir sans coloration sensible.

Du bordeaux, des bouillons, des potages, sont bien supportés. La journée se passe sans présenter d'aggravation. Un lavement émollient procure une garderobe peu abondante ; peu de temps après, une deuxième a lieu involontairement. Le cathétérisme a dû être renouvelé.

Une deuxième injection est faite, le soir à six heures, en même quantité et de la même manière que celle du matin ; elle donne les mêmes résultats ; les parties n'exhalent aucune odeur fétide. Il existe à la partie interne des petites lèvres et de chaque côté des eschares grisâtres, circulaires et peu étendues.

Les serres-fines sont retirées à cause de la coloration violacée des lèvres de la déchirure. On recommande à la malade de tenir les cuisses aussi rapprochées que possible, la compression du ventre est continuée.

La nuit du 19 au 20 procure un repos assez complet.

Le lundi 20. Même pâleur ; ni douleur, ni développement du ventre, ni sensation anormale par l'exploration de ces parties ; rien non plus à noter à l'extérieur des parties génitales ; on constate seulement que la déchirure du périnée ne s'est point réunie, que les lèvres en sont engorgées et recouvertes d'ulcérations grisâtres. Les eschares vulvaires, de même couleur, se sont étendues et sont recouvertes de matière sanieuse. L'injection est renouvelée dans le foyer ; elle sort d'abord assez fortement colorée, présentant déjà un certain degré de fétidité, et entraînant avec elle quelques petits caillots qui paraissent de formation ancienne.

L'état général est moins satisfaisant. Le pouls, à 120 pulsations, est mou ; la chaleur est vive ; la peau sèche ; rien au cœur ni dans les vaisseaux ; respiration accélérée. Cependant la malade dit se trouver assez bien ; ni nausées ni vomissements ; pas de garde-robe dans la nuit, le cathétérisme est encore pratiqué le matin et répété trois fois dans les vingt-quatre heures.

Dans le courant de la journée, la malade est dans une somnolence à peu près continuelle, mais calme et sans rêvasseries ; elle prend du vin de Bordeaux, des bouillons et des potages ; l'administration d'une cuillerée à café d'huile de ricin provoque une garde-robe liquide.

A la visite du soir, la prostration est plus grande; la langue est large et humide, avec un enduit blanchâtre peu épais; les narines sont pulvérulentes, l'injection revient colorée par un liquide plutôt sanieux que purement sanguin ; il répand une odeur de plus en plus fétide. L'exploration de la cavité avec le doigt y fait constater la présence d'une certaine quantité de caillots trop volumineux et déjà trop fermes pour être entraînés par l'injection ; le doigt peut en amener à l'extérieur une certaine portion; ils paraissent de formation récente. Pendant la journée, les eschares vulvaires sont souvent abstergées avec de l'eau additionnée d'une petite quantité d'eau-de-vie camphrée ; ce n'est plus de l'eau pure, mais ce même liquide qu'on a employé pour les injections de la journée.

Le 21, à quatre heures du matin, cette femme qui avait jusqu'à cette heure bien reposé, n'avait eu aucun frisson, commence à ressentir des douleurs assez vives dans le dos, dans les lombes et dans le ventre ; elles persistent encore à la visite du matin ; le ventre est développé, tendu, sonore à la percussion qui, même légère, est douloureuse. Le facies est profondément altéré ; les yeux excavés sont bordés d'un cercle brunâtre ; pâleur du visage et des téguments ; chaleur plus vive ; pouls faible, dépressible, à 140 pulsations ; la soif est intense ; la langue large, humide, avec un enduit noirâtre peu épais ; ni nausées ni vomissements ; la malade a eu quatre garderobes diarrhéiques depuis la veille ; le cathétérisme est encore nécessaire. La respiration est fréquente, suspirieuse; plaintes continuelles et prostration profonde ; les moindres mouvements exacerbent les douleurs.

Les grandes lèvres sont tuméfiées ainsi que les bords de la déchirure périnéale qui sont sphacélés dans toute leur épaisseur; les eschares vulvaires se sont étendues ; elles sont recouvertes d'un détritus putrilagineux et sanguinolent très-fétide; elles ont aussi gagné en profondeur; et par des tractions même légères, on détache facilement des lambeaux de tissu cellulaire sphacélés qui existent en grand nombre à l'entrée du vagin. La paroi postérieure de ce dernier, d'une coloration violacée, noirâtre, a pris une épaisseur considérable et paraît fortement infiltrée ; elle oblitère presque complétement l'entrée du vagin. Toutes ces parties sont le siége d'une chaleur très-vive. On lave la vulve avec de l'eau additionnée d'eau-de-vie camphrée. Une injection de 2 litres est faite dans le foyer de la même manière que précédemment ; elle revient teinte d'un liquide sanieux, d'une fétidité extrême, mais sans entraîner après elle de caillots, bien que, par le toucher, on puisse en constater, en petite quantité il est vrai, dans la cavité.

On ordonne deux lavements émollients, du bordeaux et des bouillons.

Dans la journée, la prostration va croissant; les lavements sont rendus involontairement ; le cathétérisme est encore pratiqué, la vulve abstergée plusieurs fois. La malade est dans une somnolence continuelle; pouls insensible; elle perd la parole vers deux heures de l'après-midi. La sécrétion laiteuse ne s'est pas opérée.

Cette femme meurt à cinq heures du soir, le 21 juin.

Autopsie, le 23 juin, trente-huit heures après la mort.

Le cadavre présente toutes les traces d'une décomposition avancée. La chaleur de la journée du 22 a été très-élevée.

L'abdomen est très-développé ; une coloration verdâtre s'étend sur sa sur-

face, intense surtout dans les deux tiers inférieurs, envahissant aussi la partie supérieure des cuisses, où l'on sent une crépitation gazeuse, plus prononcée dans le membre gauche. Les grandes lèvres, la région pelvienne et la fesse gauche, ont le même aspect que les parties ci-dessus; il en est de même du thorax à sa partie postérieure, et l'on peut constater aussi une infiltration gazeuse.

Le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale incisée est distendu par des gaz; il ne présente pas du reste d'autre altération, excepté au voisinage du pubis où il est infiltré de sérosité sanguinolente. Le même liquide se retrouve dans la gaîne des muscles grands droits. Le tissu cellulaire de ce point de la paroi, de même que celui qui est immédiatement recouvert par le péritoine pariétal, est noirâtre et a l'aspect putrilagineux.

La sérosité qui s'écoule à l'incision de ces parties est mélangée de nombreuses gouttelettes graisseuses. La cavité péritonéale, outre des gaz très-fétides qui s'échappent par l'incision, contient au moins 300 grammes de sérosité roussâtre, tenant en suspension une grande proportion de gouttelettes huileuses. Le péritoine viscéral ne paraît point enflammé.

L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin, sont très-distendus, mais ne sont le siége d'aucune altération. L'épiploon est fortement congestionné seulement à sa partie inférieure ; on ne trouve pas d'adhérences.

Le mésentère est encore infiltré de sérosité rougeâtre. Les intestins enlevés avec précaution, pour léser le moins de vaisseaux possible, laissent voir le tissu cellulaire sous-péritonéal distendu par du gaz et le même liquide séro-sanguinolent. L'infiltration envahit l'atmosphère celluleuse des deux reins, plus prononcée néanmoins du côté gauche. En outre, ce tissu cellulaire est noirâtre; on peut facilement en détacher des lambeaux qui paraissent à peu près complétement sphacélés. L'infiltration s'étend vers les parties inférieures dans le tissu cellulaire de la cavité pelvienne et se continue avec le thrombus, qui en est évidemment le point de départ.

La tumeur occupe la partie latérale gauche et un peu postérieure de la cavité pelvienne, sa capacité est considérable. En haut elle s'étend jusqu'au voisinage de l'angle sacro-vertébral, dépassant le sacrum un peu à droite ; vers sa partie inférieure, elle ne dépasse pas la ligne médiane de cet os. La paroi postéro-externe de ce foyer est donc formée par le sacrum et l'aponévrose pelvienne qui ne m'a pas paru complétement intacte ; sa paroi interne est formée par le vagin et le rectum portés un peu à droite. L'antérieure est constituée par le péritoine ; inférieurement l'épanchement se prolonge jusque dans l'épaisseur du périnée dont la peau et le tissu cellulaire sont intacts. La paroi vaginale est à nu et comme disséquée, elle est très-épaissie, infiltrée de sérosité, elle présente seulement en bas la trace de l'incision, qui n'a pas moins de 3 à 4 centimètres d'étendue dans le sens antéro-postérieur.

J'ai fait quelques tentatives pour rechercher quels étaient les vaisseaux rompus; à cet effet j'ai pratiqué une première injection avec de l'eau par la veine fémorale, en comprimant la veine iliaque primitive, et j'ai constaté que le liquide de l'injection venait sourdre en nappe à la surface du foyer. Il est donc probable qu'aucune veine un peu importante n'était rompue. Une seconde injection pratiquée par l'artère iliaque primitive, aussi avec de

l'eau, s'est comportée comme la première : elle s'écoulait également en nappe à la surface du foyer, d'où la conclusion qu'aucune artère un peu volumineuse n'était ouverte et qu'enfin des vaisseaux artériels et veineux d'un très-petit calibre avaient contribué en même temps à la formation du foyer sanguin.

Le foyer offre sur toutes ses parois une coloration noirâtre uniforme qui en marque très-bien les limites. Il contient quelques petits caillots sanguins, des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé et une certaine quantité de matière putrilagineuse ressemblant assez à celle qui tapisse la face interne de l'utérus des femmes récemment accouchées.

L'examen plus minutieux de la paroi vaginale fait bien connaître que le foyer est tout à fait en dehors, et qu'elle ne contient dans son épaisseur aucune infiltration sanguine. Les muscles pyramidal, obturateur interne et sphincter externe de l'anus sont ecchymosés dans les points voisins du foyer.

Dans le côté droit de la cavité pelvienne, on trouve une disposition sur laquelle je désire attirer l'attention : car elle me paraît avoir une certaine valeur au point de vue du mode de formation des thrombus. Les mailles du tissu cellulaire sont dissociées et séparées assez complétement pour former une cavité capable de loger un œuf de poule. Cette poche est située au niveau de la branche horizontale du pubis et de la partie supérieure du trou obturateur ; elle ne contient ni caillots, ni sang liquide. Il me paraît évident que si un certain nombre de vaisseaux s'étaient rompus dans le voisinage de cette cavité, il se serait formé là une tumeur sanguine. La vessie, fortement revenue sur elle-même, est saine.

L'utérus, bien rétracté, est très-coloré à sa face postérieure, les ligaments larges sont intacts ; à l'incision de la matrice on fait sourdre de son épaisseur le pus qui paraît contenu dans les sinus. Le foie, les reins et la rate sont exsangues et ramollis ; les veines ne contiennent que très-peu de sang très-fluide.

Les poumons sont emphysémateux et contiennent des gaz dus probablement à la putréfaction. Les deux cavités pleurales renferment une certaine quantité de sérosité sanguinolente sans trace d'inflammation : quelques fausses membranes de formation ancienne existent dans la plèvre droite. Le péricarde est intact. Le cœur a son volume normal ; ses orifices n'offrent aucune altération ; ses cavités ne contiennent qu'une petite quantité de sang très-séreux. Le cerveau n'a pas été examiné.

Observation IV. — *Tumeur sanguine occupant la partie latérale gauche de l'excavation pelvienne ; infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'abdomen. Mort.* — La nommée B...., primipare, âgée de vingt-deux ans, bien conformée, d'une bonne santé habituelle, entre à la Maternité avec un commencement de travail, le 13 mars 1864 ; l'enfant présentait le siége ; des contractions fortes et régulières amenèrent la dilatation complète du col de l'utérus en dix heures, la période d'expulsion dura une heure et demie. L'enfant, du sexe masculin, vint au monde un peu cyanosé ; une légère saignée du cordon lui fut pratiquée ; il pesait 2800 grammes.

L'accouchement et la délivrance furent naturels et ne nécessitèrent aucune manœuvre. Vers sept heures du soir, c'est-à-dire deux heures environ après la délivrance, la malade fut prise de douleurs très-violentes dans la région

lombaire, avec ténesme rectal et besoin de pousser en bas; elle était en outre très-agitée.

L'élève sage-femme de garde pratiqua immédiatement le toucher et constata l'existence d'une tumeur occupant la partie supérieure et latérale gauche du vagin; elle faisait également saillie dans le rectum comme le montra l'exploration de cette cavité.

Au moment du premier examen, la tumeur était petite et la muqueuse vaginale ne présentait aucune altération. M. Trélat, chirurgien en chef de la Maternité, prévenu sur-le-champ, ne put se rendre auprès de la malade qu'à neuf heures du soir. A ce moment, la tumeur avait acquis un volume considérable; la muqueuse vaginale amincie s'était rompue; il était sorti par cette plaie une petite quantité de sang coagulé. La tumeur n'augmentait plus de volume; elle était assez ferme, sans trace de fluctuation; elle remontait très-haut vers la partie supérieure du bassin, et par le rectum pas plus que par le vagin on ne pouvait atteindre sa partie supérieure. La malade était pâle, très-affaiblie, le pouls faible et fréquent, à 118 pulsations. Les douleurs persistaient avec la même intensité et les caractères particuliers que nous avons signalés; elles se calmèrent sous l'influence de l'opium administré en lavement et en potion. Le traitement local se borna à des injections d'eau froide dans le vagin. Vers dix heures du soir l'agitation cessa, le pouls descendit à 100 pulsations, et la malade dormit paisiblement jusqu'à minuit; à cette heure, les douleurs revinrent avec le même ténesme rectal, elles s'accompagnèrent d'un peu d'excitation, et le pouls remonta à 120 pulsations, il était petit et très-dépressible. Vers trois heures, elle eut un frisson qui dura huit minutes, elle était très-pâle, la chaleur de la peau était considérablement augmentée. Le reste de la nuit se passa sans nouvel accident. Le sommeil fut assez calme.

Le 14, à la visite du matin, on compta 122 pulsations; la malade disait avoir faim; elle accusait encore vers le vagin quelques douleurs, mais très-faibles. Elle fut mise dans un grand bain pendant vingt minutes, elle s'y trouva bien. Le mieux continua toute la journée, et le soir on ne compta que 96 pulsations; l'état général paraissait très-satisfaisant. La tumeur ne subissait aucun changement appréciable à la vue ou au toucher.

Le 15, à la visite du matin, le pouls est fréquent, 108 pulsations, la peau chaude; la malade accuse des douleurs sourdes dans la partie postérieure du bassin. Les lochies sont très-fétides; il n'y a pas eu de garderobe depuis l'accouchement : 8 grammes d'huile de ricin procurent une évacuation abondante; des injections vaginales sont faites avec de l'eau de coaltar et de l'eau pure alternativement. On constate au pourtour de l'anus une ecchymose très-prononcée et limitée à la moitié gauche de cet orifice. La malade dit avoir faim et prend dans la journée des bouillons, des potages et un œuf à la coque.

Le 16, les douleurs lombaires persistent, le pouls est toujours fréquent, la peau chaude; l'examen de la tumeur qui est également le siége de douleurs spontanées assez vives, augmentées par la pression, montre que la muqueuse vaginale est violacée, très-amincie et sur le point de se sphacéler. M. Trélat se décide alors à ouvrir largement la tumeur par le vagin, il en retire environ 300 grammes de caillots très-fétides. Des injections fréquentes

avec de l'eau chargée de coaltar sont pratiquées dans le foyer, elles reviennent toujours fortement coloré par du sang, très-fétides et entraînant en même temps quelques caillots sanguins peu volumineux. La malade fut un peu soulagée par un grand bain où elle resta vingt-cinq minutes ; mais à la suite elle eut un frisson, et le soir elle avait le pouls fréquent, à 132 pulsations, la peau chaude, la langue sèche; soif vive ; elle n'accusait aucune douleur ; les injections dans le foyer furent répétées un grand nombre de fois dans la nuit.

Le 17 mars, l'état général va s'aggravant.

Le 18, survient un nouveau frisson, le pouls à 132 pulsations, est petit et dépressible, le facies exprime une grande anxiété ; la malade a des évacuations diarrhéiques involontaires, l'écoulement qui se fait par la plaie vaginale est toujours extrêmement fétide, malgré de fréquentes injections.

Le 19, les frissons se répètent, ainsi que les selles involontaires, le pouls est à 140 pulsations, les narines pulvérulentes, la langue rôtie, les yeux cernés, la face très-amaigrie.

En présence de ces signes manifestes d'infection purulente, et l'évacuation du foyer sanguin se faisant difficilement par la plaie du vagin, M. Trélat se décide à pratiquer une contre-ouverture. A cet effet il traverse toute l'épaisseur du périnée au moyen d'un trocart muni d'un tube à drainage de caoutchouc, qui vient aboutir à la partie la plus déclive de la cavité du thrombus; nous devons dire que ce moyen fut insuffisant pour procurer une évacuation complète et continue du foyer. Celui-ci fournissait alors un écoulement tout à fait purulent et fétide ; en même temps existaient des eschares vulvaires superficielles, mais très-étendues.

Le 20, nouveaux frissons, continuation de la diarrhée, pouls à 144 pulsations. On administre 60 centigrammes de sulfate de quinine et 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium en six pilules.

Le 21, visage extrêmement altéré , pouls très-faible, respiration fréquente, pâleur extrême, nouveaux frissons; les grandes lèvres sont infiltrées par de la sérosité.

Le 22, le délire survient avec de l'agitation ; une prostration extrême lui fait suite et la malade expire à dix heures du matin.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

La paroi abdominale est infiltrée de gaz et d'un liquide séro-sanguinolent de couleur rosée. La grande lèvre du côté gauche présente un œdème considérable mais purement séreux. Le vagin est fortement repoussé à droite et aplati ; on ne constate aucune trace de varices dans son épaisseur ni dans les parties environnantes; à sa paroi postérieure on trouve la solution de continuité qui a été pratiquée avec le bistouri pendant la vie : les tissus ont subi au pourtour de l'ouverture un commencement de mortification. La cavité du thrombus est spacieuse, ses dimensions sont de 9 centimètres dans le sens antéro-postérieur, et de 4 centimètres dans le sens transversal. La paroi postérieure et latéral gauche de cette cavité est formée par le sacrum et les aponévroses de l'excavation pelvienne du côté gauche; la paroi antérieure est formée par le ligament large, et la paroi interne ou latérale droite par le vagin, l'utérus, la vessie et le rectum.

De la partie la plus déclive de ce foyer, part un trajet fistuleux pratiqué pendant la vie pour passer un tube de caoutchouc. Les parois de ce trajet

sont noirâtres et présentent un commencement de mortification. Dans le foyer, on trouve du pus en petite quantité ; des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, et une sorte de bouillie noirâtre mélangée de nombreuses gouttelettes huileuses.

Le tissu cellulaire prévésical est infiltré de sérosité légèrement sanguinolente ; il en est de même de la paroi de la vessie. La muqueuse de cet organe est soulevée et détachée des couches sous-jacentes par de nombreuses bulles de gaz.

Les parois de l'utérus sont minces et à l'incision laissent sortir une quantité assez considérable de pus infiltré. Cet organe n'est pas revenu sur lui-même ; il offre une capacité considérable et, dans son intérieur, une bouillie noirâtre très-épaisse et très-fétide.

Le tissu cellulaire périrectal est fortement infiltré; les parois du rectum paraissent saines. Dans la cavité du péritoine, on trouve 250 à 300 grammes de sérosité sanguinolente sans trace bien manifeste d'inflammation de la séreuse. Le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'abdomen est le siége d'une infiltration sanguine très-abondante qui remonte jusqu'au-dessus des reins, se continuant en bas avec la cavité du thrombus. Cette infiltration a suivi l'insertion du mésentère entre les lames duquel elle s'étend, envahissant l'atmosphère celluleuse des deux reins, mais surtout du gauche. Ces derniers organes, ainsi que la rate et le foie, sont exsangues et considérablement ramollis.

Les autres organes, poumons, cœur, cerveau, ne nous ont rien présenté de particulier ; nous n'avons pas trouvé d'abcès métastatiques.]

CHAPITRE III

INFLAMMATION DU VAGIN

Après un accouchement ordinaire, quelle qu'ait été l'irritation du vagin, cet accident disparaît rapidement, à moins que l'irritation ne soit entretenue par un écoulement âcre. Mais quand la seconde période du travail a été très-laborieuse, quand la tête est restée longtemps dans le bassin et a comprimé les parties molles, ou quand il y a eu un obstacle, soit par rétrécissement, soit par mauvaise présentation du fœtus, l'intervention chirurgicale devient nécessaire, et le vagin est exposé à de graves inflammations.

§ I. — Symptômes.

Quand la douleur causée par la distension des parties a cessé, la malade accuse une sensation de chaleur très-grande dans le vagin et dans les parties externes. A cette chaleur succèdent de la douleur et une cuisson brûlante. En même temps elle éprouve une sensation de plénitude et de pesanteur dans le bassin. Si l'on examine, on trouve que les parties

extérieures sont tuméfiées et comme meurtries. En renversant les grandes lèvres et en entr'ouvrant légèrement le vagin, on trouve des traînées rouges plus accusées, et, par place, une sensibilité plus accusée. Quand l'écoulement rouge a cessé, il se produit un écoulement blanc, épais et puriforme.

§ II. — Terminaison.

1° *Par résolution.* — Si la maladie est combattue dès le début, elle cède sans laisser de trace : la douleur, l'inflammation, diminuent rapidement et disparaissent.

2° *Par suppuration.* — Si l'inflammation est opiniâtre, on voit, au bout de quelques jours, la membrane muqueuse devenir à vif. Les plaies varient comme étendue : il peut n'y en avoir que sur les points où il y a eu pression violente ou, comme dans un cas que j'ai eu à observer, il y a peu de temps, tout le vagin peut s'ulcérer. En général, ces ulcérations ne sont pas profondes, excepté quand elles siégent en arrière de la vessie ou à la surface inférieure de l'urèthre, et il n'est pas rare que les ulcérations portant sur ces points donnent lieu à des fistules. Quelquefois, moins fréquemment, l'ulcération siége en arrière, et il y a fistule recto-vaginale. Quant au mode de guérison, elle se fait par des cicatrices irrégulières, disposées en travers du vagin, ou sous forme d'anneaux circulaires ou en spirale. Ces cicatrices diminuent le calibre du vagin, rendent les rapports sexuels difficiles, douloureux, ou même impossibles, et peuvent empêcher complétement le passage de l'enfant dans un second accouchement. Ce n'est que par des soins extrêmes et une surveillance très-attentive pendant la guérison des plaies du vagin, que ces résultats désagréables peuvent être empêchés.

3° *Par la gangrène.* — Si la pression a été très-considérable, les parties qui y ont été le plus exposées se mortifient et forment eschare. Quand ces eschares tombent, on peut se trouver en face d'une fistule vésico-vaginale, et, pendant la guérison de la plaie, il peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, se former des cicatrices circulaires très-nuisibles. Il est beaucoup plus rare que le rectum se perfore.

§ III. — Traitement.

Dans la période inflammatoire, le traitement doit être antiphlogistique, variable comme énergie, suivant l'intensité de l'inflammation. Il peut y avoir à mettre des sangsues à la vulve. Les éméto-cathartiques, combinés avec les purgatifs salins, sont très-utiles. On peut les donner de manière à produire des nausées, sans aller jusqu'aux vomissements. Deux ou trois fois par jour, il faut faire des fomentations sur les parties extérieures et, dans les intervalles, appliquer un cataplasme sur la vulve. Deux ou trois

fois par jour aussi, on pourra faire des injections vaginales avec de l'eau tiède et du lait, ou une faible solution d'acétate de plomb. Je recommanderais beaucoup au médecin de faire lui-même ces injections, à moins qu'il ne puisse compter entièrement sur la garde. Une fois que les eschares sont tombées, il faut examiner avec soin, tous les deux jours, afin de se rendre compte des progrès de la guérison, et, quand les surfaces commencent à se couvrir d'une membrane nouvelle, il faut prendre des précautions pour empêcher la formation de cicatrices vicieuses. Pour arriver à ce but, il suffit de l'introduction répétée de bougies. D'abord, on introduira, soir et matin, une bougie très-fine, bien huilée, et il faudra, chaque fois, la laisser en place pendant un quart d'heure. Plus tard, à mesure que la sensibilité diminue, on augmente le diamètre de la bougie : on l'introduit plus souvent et on la laisse plus longtemps en place. Les injections tièdes seront continuées; mais, de temps en temps, il faut remplacer l'eau et le lait par un liquide légèrement astringent. Si l'on poursuit, d'une manière continue, ce mode de traitement, on arrive, dans la plupart des cas, à empêcher le rétrécissement du vagin. Dans un cas, dont j'ai déjà parlé plusieurs fois, l'eschare était énorme; cependant, grâce à ces moyens de traitement, j'obtins une guérison complète et sans la moindre altération de structure des tissus. Si l'état général l'indique, une fois l'inflammation calmée, il faudra prescrire des toniques et un régime fortifiant. Quant au traitement des fistules vésico-vaginales, ou recto-vaginales, nous en parlerons plus tard.

CHAPITRE IV

RUPTURE DE L'UTÉRUS (1)

§ I. — Fréquence.

Ce terrible accident n'a été pendant bien longtemps connu que des ac-

(1) Bibliographie : Hippocrate, *Œuvres*, trad. Littré, *Épidémies*, liv. V, § 103, et liv. VII, § 49. — Pistor, *De fœtu e rupto utero in abdomen prorumpente*, 1716.— Crantz, *Comm. de rupto utero*. Viennæ, 1756, p. 78. — Levet (A.), *Observation sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, 4e édit., in-8, 1770. — Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales commentées* par le Rouge. Paris, 1784, in-12. — Deneux, thèse. Paris 1804. — Percy, *Cas de rupture de l'utérus* (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, t. p. 348). — Bell (Ch.), *Action of the uterus producing rupture* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1813, t. XIV, p. 344). — Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III, p. 158, 172 et 187. — Dupré-Latour, *Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine* (*London medical and surgical Transactions*, et *Transactions médicales*, t. XII, p. 78.) — Garthshore, *Med. Journ.*, t. VIII, p. 334. — Green, *Case of the extraction of a living fœtus from a woman killed by violence* (*Medico-chirurgical Transaction*, 1822, t. XII, p. 47). — Underwood, *London med. Journal*, t. VII, p. 321. — Wilson, *Annals of med.*, t. II, p. 317, et t. IV, p. 401.

coucheurs, il n'arrive pas cependant absolument qu'au moment de l'accouchement, il peut se produire également pendant la grossesse ou même à toute autre période de la vie (1). La table suivante indiquera la fréquence de cet accident.

Auteurs.	Nombre des accouchements.	Cas de rupture.
Joseph Clarke	10387	8
Merriman	2947	1
M'Keever	8600	20
Collins	16654	34
Picaud	4180	2
F. H. Ramsbotham	68435	13
Toogood	1135	4
K. Watson	800	3
M'Clintok et Hardy	6634	9
Johnston et Sinclair	13748	17

Si l'on fait le total, on voit donc que sur 133 520 malades il y a 111 cas de rupture ou à peu près 1 pour 1203. Burns (2) dit en avoir trouvé une fois sur 940.

Cet accident se présente rarement dans les premières grossesses. Sur les 8 cas de Joseph Clarke, il y en eut 1 à la deuxième grossesse, 1 à la troisième, 2 à la quatrième, 1 à la septième, 1 à la huitième, 1 à la neuvième. Dans les faits de M'Keewer, 4 femmes avaient eu 2 enfants, 5 en avaient eu 3; 4 en avaient eu 6; 2 en avaient eu 7; 2 en avaient eu 8; une en avait eu 9. Parmi les faits de Ramsbotham, 2 femmes en étaient à une deuxième grossesse, 1 à la quatrième, 3 à leur septième. Sur les 34 cas de Collins, 7 femmes étaient primipares, 6 étaient à leur deuxième

— Goodsir, *Annals of med.*, t. VII, p. 412. — Smith, *Case of rupture of the uterus successfully treated* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1827, t. XIII, p. 373). — Macartney, *Dublin Journal*, t. VII, p. 412 — Mombert, *Rupture de la matrice produite par l'inégalité d'épaisseur des parois* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1833, t. I, p. 153). — Pereira et Lasserre, *De l'abus des manœuvres obstétricales* (*Archives générales de médecine*, 1843, 4e série, t. I, p. 17 et 129). — Thomas Mitchel, *Observation de rupture de l'utérus traitée avec succès* (*Archives générales de médecine*, 1843, 4e série, t. II, p. 105). — Dubois (Paul), *Rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, infiltration purulente et amincissement d'une grande portion des parois internes* (*Journal complémentaire*, 1841, t. XLI, p. 280; *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, article Utérus (Rupture de l'), 1846, t. XXX, p. 314). — Miller, *Edinburgh Journal*, t. XXXI, p. 444. — Duparcque, *Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus*. Paris, 1836, p. 164. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XIe livr., pl. VI, fig. 2. — Dezeimeris, *Mém. sur les ruptures de matrice* (*Journal l'Expérience*, 1838, t. III, p. 241.— Tardieu, *Mémoire pour servir à l'histoire médico-légale des blessures mortelles dans lesquelles la cessation de la vie n'a pas été instantanée* (*Annales d'hygiène*, 1848, 1848, 1re série, t. XXXIX, p. 157). — Taurin, thèse. Paris, 1853. — Poidevin, thèse. Paris, 1859. — Mattei, *Des ruptures dans le travail de l'accouchement et de leur traitement*, thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1860. — J. Jolly, *Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement*. Thèse. Paris, 1870.

(1) Je recommande à l'attention du lecteur une monographie excellente sur ce sujet par le docteur Trask (*American Journal of med. Science*, janvier et avril 1848).

(2) Burns, *The principles of midwifery*, 10e édition. London, 1843, p. 300.

enfant, 6 à leur troisième, 2 à leur quatrième, 2 à leur cinquième, 5 à leur sixième, 1 à son huitième, 1 à son neuvième, 2 à leur dixième, 2 à leur onzième. Dans le fait de Cathral (1) il s'agissait d'une première grossesse. Une malade de Sims (2) avait eu plusieurs enfants. La femme de Hooper en était à sa quatrième grossesse (3); celle de Kite à sa deuxième (4); celle de Fritzell à sa septième (5); celle de Powell à sa première (6) : les malades de Birch (7) en étaient à leur troisième grossesse. La femme de Partridge (8) en était à son septième enfant.

Ainsi, sur 75 cas, 9 fois la rupture s'est produite pendant la première grossesse, 14 fois pendant la deuxième, 13 fois pendant la troisième, et 37 fois à une quatrième ou à des grossesses subséquentes.

Dans la collection des faits de Trask, la rupture s'est produite 24 fois pendant la première grossesse ; 18 fois pendant la seconde ; 17 fois pendant la troisième; 21 fois pendant la quatrième; 18 fois pendant la cinquième ; 16 fois pendant la sixième ; 9 fois pendant la septième ; 5 fois pendant la huitième ; 5 fois pendant la neuvième ; 9 fois pendant la dixième ; 8 fois pendant la onzième; 3 fois pendant la douzième; 2 fois pendant la treizième, et plusieurs fois pendant la dix-septième grossesse.

§ II. — Causes.

Diverses causes peuvent donner lieu à ces ruptures : elles peuvent se produire à diverses époques.

I. *Pendant la grossesse.* — La forme de grossesse intra-utérine, désignée sous le nom de *grossesse interstitielle*, peut donner lieu à la rupture. L'œuf, au lieu de passer directement de la trompe de Fallope dans la cavité utérine, est retenu dans les interstices des fibres utérines où il se développe et atteint un certain volume. A mesure que le développement de l'œuf a lieu, la portion extérieure des parois utérines devient graduellement plus mince par suite de l'absorption, phénomène analogue à celui qui se passe dans les abcès : à la fin ces parois se perforent et le fœtus est

(1) Cathral, *Med. facts and obs.*, vol. VIII, p. 146.
(2) Sims, *ibid.*, p. 150
(3) Hooper, *Mem. of med. Soc.*, vol, II, p. 118.
(4) Kite, *ibid.*, vol. IV, p. 123.
(5) Frizell, *Trans. of Association*, vol. II, p. 15.
(6) James Powell, *Rupture of the uterus and subsequent recovery of the patient* (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XII, 2e partie, p. 537. London, 8 juillet 1823).
(7) William Birch, *History of two cases of laceration of the uterus during labour after which one of the women survived nearly eight weeks, and the other perfectly recovered; with some general remarks* (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XIII, 2e partie, p. 357. London, 5 juin 1827, et *Archives générale de médecine*, 1re série, t. XIX. p. 98).
(8) Partridge, *A case of sudden illness in advanced pregnancy, terminating in the delivery of twins and death ; with an account of a singular laceration of the peritoneal coat of the uterus, as detected on the post mortem examination* (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XIX, p. 72. London, 13 mai 1834).

précipité dans l'abdomen. On se trouve alors en face d'une grossesse extra-utérine (1).

La rupture peut aussi être le résultat d'une maladie comme dans les cas de Else et de Spark (2); d'un ramollissement ou d'un abcès dans les parois comme dans les cas rapportés par Duparcque (3). Une violence accidentelle, un coup, une chute, une grande fatigue peuvent y donner lieu. Quelquefois l'accident est produit sans aucune cause appréciable, la malade est réveillée brusquement par une douleur très-violente qui est le seul symptôme de la rupture. C'est ce qui s'est passé dans les cas rapportés par Scott de Blomley (4) et par Glen de Bromptin (5).

Cet accident a été attribué à la contraction irrégulière des fibres utérines. Dans un fait relaté par Kinlay de Paisley, on ne put découvrir aucune cause. La femme était enceinte de quatre mois, la déchirure se produisit au fond de l'utérus, et la mort eut lieu en quelques heures par suite d'une hémorrhagie qui se fit dans le péritoine (6).

II. *Pendant le travail.* — 1° Si l'utérus a été atteint d'inflammation pendant la grossesse, ses tissus peuvent avoir été tellement affaiblis ou désorganisés qu'ils ne peuvent plus supporter la moindre contraction ni la moindre pression. Steidele (7) rapporte un cas de rupture à la suite d'une gangrène. Murphy (8) a publié un très-bon mémoire sur cette cause de rupture, l'utérus était aminci, atrophié, ou ramolli comme structure. Duparcque (9) cite des cas d'amincissement et de ramollissement des parois utérines par squirrhe et gangrène. Trask dit que sur 49 cas qu'il a réunis, 10 fois l'utérus était sain, 14 fois il était aminci, 14 fois il était ramolli, une fois il était aminci et ramolli, 4 fois il était ramolli et épaissi, une fois il n'était qu'épaissi, et enfin dans 3 cas il était atteint d'affections diverses. Quelquefois le siége de la déchirure correspond exactement au point où s'est fait sentir la douleur. Tyler Smith croit que dans beaucoup de cas une violente contraction utérine est la cause de la rupture, la cause prochaine étant une émotion ou une action réflexe.

La période à laquelle la rupture peut se produire par suite de cette cause variera notablement. Ce peut être au début du travail, avant la rupture des membranes ou bien pendant le passage de la tête à travers le bassin ou après la délivrance.

2° Un certain degré de rétrécissement du détroit supérieur peut donner

(1) *Med. Gaz.*, vol. II, p. 400.
(2) Spark, *ibid.*, vol. III, p. 218.
(3) Duparcque, *Maladie de la matrice; histoire des ruptures et déchirures de l'utérus.* Paris, 1839, p. 15, 16.
(4) Scott, *Med. repository*, vol. VII.
(5) Merriman, *Synopsis of the various kinds of difficult parturition appendix.* London 1826.
(6) Kinlay, *Glascow med. Journ.*, n° 35, octobre 1861.
(7) Steidele, *Diss. et rupt. in partu dolor. utero.*
(8) Murphy, *Dublin Joural of med.*, vol. VII, p. 198.
(9) Duparcque, *Histoire des ruptures de l'utérus.* Paris, 1839.

lieu à la rupture : la cause est alors toute mécanique. La tête de l'enfant est poussée violemment contre le détroit, mais ne peut passer. Si dans cette situation, les douleurs continuent avec une grande énergie, la tête est poussée d'un côté ou de l'autre, ou même postérieurement et le seul obstacle étant alors les parties utérines ou vaginales, elle est violemment chassée à travers ces parois par le point le plus faible. Les femmes qui ont eu plusieurs enfants offrent généralement le moins de résistance. Dans un des faits de Clarke, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne comptait que 9 centimètres, deux autres fois 10 centimètres à peu près. Dans le fait n° 18 de Douglas, le bassin ne mesurait que 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur; dans un autre, immédiatement en arrière de la symphyse, il y avait une crête saillante au niveau de laquelle se trouvait la déchirure. Dans un des faits de Collins, le même diamètre antéro-postérieur mesurait 7 centimètres. Ramsbotham dit qu'il n'a jamais vu un cas de rupture sans qu'il n'y ait eu contraction. Robertson (1) a réuni 37 cas de rupture, par causes diverses, dans lesquels il y avait une diminution des diamètres du bassin.

On a expliqué de diverses manières le mode d'action de cette contraction. Dewees attribue la rupture à l'inflammation et à la gangrène. Denman à la pression et à l'attrition des tissus. Burns à la pression du col entre le bassin et la tête de l'enfant. Ramsbotham à l'amincissement des parties, par suite de pression et d'inflammation consécutive. Cependant si ces causes sont réelles, il devrait y avoir plus souvent rupture du col que de toute autre région. Je suis tout à fait de l'avis de Hardy et de M'Clintock, qui pensent que moins la pression est forte, plus l'accident est fréquent. Le sexe de l'enfant doit jouer un rôle important : les enfants mâles ont en général des têtes plus grosses. Maintenant, des vingt cas qui ont été mentionnés par M'Keewer, il y avait 15 enfants mâles et 5 du sexe féminin. Des 34 cas de Collins, il y avait 23 enfants mâles. Le résultat produit par le volume inaccoutumé d'une tête d'enfant est encore plus saillant quand la tête est hydropique, comme dans les faits rapportés par Campbell, Collins, Lord, Ramsbotham, Chann, etc.

Cet accident survient à tout âge : il est cependant plus fréquent après trente ans qu'avant. Collins a vu 1 malade ainsi atteinte à seize ans, une autre à vingt et un ans ; une autre à vingt-quatre ans ; 3 à vingt-cinq ans; 2 à vingt-six ans ; 1 à vingt-sept ans ; 3 à vingt-huit ans ; 1 à vingt-neuf ans ; 7 à trente ans ; 2 à trente-deux ans ; 1 à trente-trois ans ; 1 à trente-quatre ans; 3 à trente-cinq ans; 5 à trente-six ans ; 1 à trente-sept ans; 1 à quarante ans.

3° La position oblique de l'utérus ou de la tête de l'enfant, par rapport au bassin, a été donnée comme cause : la pression s'exerce alors sur un seul point du col utérin et du vagin.

(1) Robertson, *Physiology and disease of women and on midwifery*, p. 292.

4° Les tissus de l'utérus peuvent céder avant ou pendant le travail ; peut-être par suite d'une maladie antérieure; peut-être aussi par suite d'une particularité dans la structure; quelquefois sans cause appréciable. Sir Charles a publié un fait dans lequel la membrane péritonéale d'enveloppe de l'utérus fut seule rompue; et depuis, des faits semblables ont été cités par Partridge, White (1), Ramsbotham, Chalton et Davis. Collins a vu aussi un fait de ce genre. Radford a publié deux faits, dans lesquels la couche musculaire était déchirée, pendant que la membrane séreuse, persistante, restait intacte. Ramsbotham a observé un cas presque identique : Collins en a vu qui sont identiques. Duparcque (2) rapporte un cas et Velpeau deux. Il y a plusieurs années, j'ai assisté à l'autopsie d'une malade qui avait eu les symptômes d'une rupture de l'utérus. Elle avait été prise subitement de douleurs violentes dans l'abdomen avec vomissement et collapsus profond. Elle mourut en quelques heures. On ne trouva de rupture sur aucun point; mais il y avait un épanchement de sang considérable en dessous du péritoine, en avant de l'utérus et dans la fosse iliaque. Les accidents provenaient probablement de la rupture d'un vaisseau sanguin. Il y avait aussi 12 ou 14 onces de fluide séro-sanguin dans la cavité péritonéale. Quoique l'étendue des désordres soit moins considérable en pareil cas, ils peuvent cependant entraîner une terminaison fatale.

5° La rupture de l'utérus peut être produite par une violence, pendant la version, et dans certains états du col, cet accident peut se produire sans qu'il y ait faute de l'accoucheur.

6° La rigidité ou l'imperforation du col utérin peut encore produire la déchirure. On a rapporté plusieurs cas, dans lesquels le col utérin a été complétement déchiré pendant le travail. Steidele, Scott (de Norwich), Kennedy, Power, Lever, ont chacun rapporté des cas semblables, et j'en ai vu un moi-même. Il semble que le ramollissement et le déchirement de l'utérus soient produits par la pression de l'organe contre le bassin.

7° L'occlusion partielle ou complète du vagin a, dans un grand nombre de cas, donné lieu à la rupture du col et du corps de l'utérus.

8° Cette rupture peut enfin être causée ou aidée par certaines présentations, mais cette cause est assurément extrêmement rare, les présentations anormales étant l'exception.

La durée du travail a été considérée comme pouvant donner lieu à la rupture; mais Trask a montré que c'est une erreur. Sur 89 cas de rupture, 48 fois le travail n'avait pas duré plus de douze heures en moyenne; pour les autres cas, le travail avait été de vingt et une heures. Dans la majorité des cas de Roberston, le travail avait duré moins de treize heures.

(1) White, *Dublin Journal of med. Sciences*, juillet, 1834.
(2) Duparcque, *Rupture de l'utérus*. Paris, 1839.

[Dans les onze cas de rupture observés à la Maternité, de 1848 à 1858, on a trouvé 7 fois le bassin vicié, 3 fois une présentation vicieuse qui a exigé des manœuvres chirurgicales, enfin 1 fois une altération des tissus utérins.]

Parmi les causes directes, on compte : les coups, les chutes, la colère, les convulsions, les mouvements excessifs de l'enfant, la distension exagérée, etc. Dans un cas Malgaigne (1) attribue cet accident à l'administration intempestive de l'ergot de seigle. Trask rapporte quatre cas de ce genre.

[Il est bon d'ajouter ici qu'en réalité les ruptures spontanées de l'utérus sont rares. La statistique, dit Tardieu, met ce fait hors de doute (2). Clarke et Powel ont compté seulement 20 ruptures sur 8,600 accouchements et Simpson, 24 sur 15,823 ; madame Lachapelle en rencontrait 1 ou 2 par an sur 2,000 à 2,500 accouchements. Je dois, ajoute Tardieu, à l'obligeance d'Alex. Wieland une statistique beaucoup plus complète et bien autrement décisive, celles des ruptures de l'utérus observées à la Maternité de Paris pendant vingt années. De 1839 à 1848, sur un total de 31,550 accouchements, il ne s'est pas produit un seul cas de rupture de la matrice; de 1848 à la fin de juin 1852, sur 28,299 accouchements, il y a eu 11 ruptures de l'utérus ainsi réparties : 1 en 1848, 2 en 1850, 1 en 1851, 1 en 1853, 2 en 1854, 1 dans chacune des quatre années qui suivent. Toutes ces ruptures se sont produites pendant le travail de l'accouchement. Cette statistique est donnée par Tardieu pour montrer la grande rareté des ruptures spontanées de l'utérus, et pour en arriver à cette conclusion que dans les cas où l'origine et la nature de la lésion peuvent être suspectes, le médecin légiste devra se montrer sévère dans ses appréciations, surtout s'il s'agit de faits observés à une époque éloignée du terme de la grossesse.]

[[J. Jolly pense que les ruptures spontanées ne sont pas aussi rares que l'a avancé M. Tardieu, et il s'efforce de démontrer qu'on ne peut trouver dans le siége la direction et surtout la forme de la plaie des signes distinctifs suffisants pour reconnaître si une rupture s'est faite spontanément, ou a été produite par des manœuvres (3).]]

III. *A une période avancée de la vie.* — La structure du col de l'utérus est notablement changée avec l'âge. Il devient dur et presque cartilagineux ; le canal qu'il traverse se rétrécit et quelquefois même s'oblitère. En pareil cas, les mucosités s'amassent, distendent la cavité, les parois s'amincissent, se résorbent, jusqu'à ce qu'une ouverture se produise, ouverture qui établit une communication avec le sac péritonéal.

Duparcque rapporte deux cas de ce genre : il peut encore en être ainsi

(1) Malgaigne, *Gazette médicale*, 1832, t. III, p. 60.
(2) Tardieu, *Étude médico-légale sur l'avortement*, 3e édition. Paris, 1868.
(3) J. Joly, *Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement*, thèse, 1870.

à un âge moins avancé; c'est ce qui arriva chez la malade de Guzzo (de Naples), laquelle n'avait que trente-huit ans.

§ III. — Pathologie.

Quand la déchirure est un phénomène morbide, elle peut se produire sur un point quelconque de l'organe, et en général elle correspond au siége affecté par la douleur. Sur les bords de la déchirure, le tissu est aminci, ramolli, il devient pulpeux et se déchire facilement sous le doigt. La coloration même est changée, elle devient d'un rouge intense et brunâtre, et parfois l'écoulement est fétide.

Quand la déchirure est le résultat de causes mécaniques, elle a lieu ordinairement près du col, et comprend tout à la fois l'utérus et le vagin. Elle peut siéger sur la paroi antérieure ou postérieure de l'organe ou sur l'un des côtés. Dans six des cas de Jos. Clarke, la déchirure était antérieure, dans un seul elle était postérieure.

Dans les cas de Sims et Hooper, elle était antérieure. Dans la collection considérable de Trask, on voit que parmi les cas qui se produisirent pendant la grossesse, il y eut la plus grande variété comme siége, comme étendue, etc.

Parmi les cas qui se produisirent pendant l'accouchement il y eut encore de très-grandes différences aux mêmes points de vue : tantôt la déchirure était à droite ou à gauche, tantôt elle intéressait le col seul, tantôt le corps et le fond de l'utérus, tantôt la vessie (1) Dans un des cas de Robertson, le col était séparé du vagin (2); dans 8 cas, la déchirure était antérieure; 11 fois elle était postérieure; 5 fois elle était latérale, etc. (3).

Comme direction, la déchirure peut être à peu près perpendiculaire : elle peut incliner d'un côté ou être transversale. Dans ces cas, la structure de l'utérus est à peine altérée; la texture est ferme, la couleur naturelle, excepté au point où il y a des ecchymoses. Les bords de la plaie sont inégaux et dentelés quelquefois, mais rarement la vessie participe à la déchirure (4).

Quand la membrane séreuse seule est blessée, on trouve plusieurs petites incisions semblables à des scarifications, d'un quart à un demi-pouce de largeur, et de 1 à 2 lignes de profondeur, ou bien encore des déchirures moins nombreuses, mais plus larges. Elles sont presque toujours courbes avec leur convexité tournée du côté du fond de l'utérus;

(1) *American Jour of med. Sciences*, avril 1848, p. 393.

(2) [Dans un très-grand nombre de cas, parmi les ruptures observées à la Maternité, les ruptures portaient sur le point de jonction du col avec le vagin.]

(3) Robertson, *Phys. and diseases of women and midwifery*, p. 312.

(4) Sousas Ferras, *Rupture de l'utérus et de la vessie dans un cas d'accouchement, et passage du fœtus dans la vessie* (*Memor. di Math. e Phys. d. Academia delle Science de Lisboa*, t. II, suppl., p. 17, et *Arch. gén, de méd.* Paris, 1828, 1re série, t. XVIII, p. 109). — Lamare-Picot, *Rupture de l'utérus*, thèse. Paris, 16 août 1822, n° 194.

elles peuvent être situées sur la partie antérieure, ou sur la partie postérieure de l'organe. Dans tous les cas dont nous avons parlé jusqu'ici, on a toujours trouvé dans le péritoine, une plus ou moins grande quantité de sang, et souvent les accidents ordinaires de la péritonite.

Quand la couche musculaire seule est intéressée, on peut trouver une simple solution de continuité; il y a du sang dans la cavité utérine, et la membrane séreuse est enflammée.

Quand le col utérin est tout à fait séparé, il est rouge, tuméfié et généralement a un aspect mortifié, les bords de la plaie sont déchirés et inégaux. Il y a continuité entre le vagin et l'utérus.

Quand l'utérus se rompt chez une personne âgée, on trouve toujours autour de la perforation un amincissemont considérable des parois.

Dans tous ces cas, à l'exception de la rupture au niveau du col, il y a toujours des traces de péritonite, à moins que la malade ne meure sur-le-champ.

§ IV. — Symptômes.

Les symptômes varient peu, que l'organe soit complétément déchiré ou que l'une des couches seulement soit intéressée. Quelques auteurs ont signalé des symptômes qu'ils appellent *prémonitoires;* mais assurément rien n'est plus douteux. Les circonstances qui peuvent justement exciter les craintes sont un travail difficile, des attaques d'éclampsie pendant la gestation, et, au moment du travail, la coïncidence de contractions très-violentes avec un bassin étroit.

La rupture de l'utérus et du vagin est annoncée par une douleur soudaine, aiguë, intolérable, qui rappelle la crampe. La malade a la sensation d'un déchirement intérieur; elle sent que quelque chose s'échappe en elle, et suivant le témoignage de quelques malades, il se produit même un bruit perceptible à l'oreille. Les contractions s'arrêtent, la tête de l'enfant remonte, il se produit une hémorrhagie par le vagin, et la malade tombe dans un profond collapsus. De ces divers symptômes, la douleur violente et le collapsus sont les plus constants; les premiers, au contraire, manquent souvent. Quand il n'y a qu'une des couches qui soit atteinte, le travail peut continuer, et il se peut qu'il n'y ait pas même d'hémorrhagie. La douleur continue avec plus ou moins d'intermittence, des vomissements surviennent. Ce sont d'abord des aliments absorbés dans l'estomac, plus tard ce sont des matières grisâtres et finalement noires. C'est ce qu'on appelle les *vomissements marc de café.* La face est pâle, avec une expression de souffrance extrême et d'anxiété; la surface du corps est froide, le pouls est petit, rapide, inégal, la respiration précipitée. La malade ne peut quitter son lit. Presque toujours il y a une hémorrhagie par le vagin, quelquefois légère, d'autres fois assez considérable pour amener la mort. Les autopsies font voir que, dans la plupart

des cas, l'hémorrhagie a lieu dans la cavité abdominale. C'est à cette cause que quelques auteurs rapportent l'état de collapsus, lequel cependant peut exister sans hémorrhagie interne. Quand la rupture de l'utérus est complète, les efforts expulsifs cessent, parce que l'enfant retombe soit partiellement, soit complétement, de la cavité utérine dans la cavité abdominale, où l'on peut le sentir avec la main à travers les parois.

Quand la rupture est complète, une anse d'intestin peut s'échapper et donner lieu à des symptômes de hernie étranglée. Duparcque cite trois cas de ce genre, empruntés à Remigius, Percy (1) et Toulaint-Beauregard (2). Trask a réuni seize cas semblables. Dans un cas rapporté par Mac Keever, un mètre et demi d'intestin fut étranglé et se mortifia.

L'état de collapsus, s'il ne devient pas immédiatement fatal, peut se prolonger pendant quelque temps. A la longue il se produit de la réaction, l'inflammation se déclare, et la malade présente tous les symptômes d'une péritonite, tels que douleurs aiguës, sensibilité de l'abdomen à la pression, tympanite, décubitus dorsal, le pouls petit, rapide, dur, la respiration précipitée, etc.

[Dans l'observation suivante, dûe à P. Dubois, on peut constater un exemple curieux de l'absence des phénomènes immédiats ordinaires dans les ruptures de l'utérus.

Observation I. — Une femme accouchait pour la troisième fois. La dilatation était presque complète ; mais le bassin rétréci ne permettait pas l'engagement de la tête. P. Dubois termine l'accouchement par une version opérée sans beaucoup d'efforts. La malade succomba le lendemain sans avoir éprouvé aucun phénomène caractéristique, ni craquement interne, ni ce sentiment particulier de déchirure, ni syncope, ni trouble nerveux, etc., etc. Cependant, le lendemain, à l'autopsie, on trouvait une large ouverture irrégulière comprenant une partie de la face antérieure du col, puis une portion de la partie gauche du corps de l'utérus.

P. Dubois, dans ce cas, a pensé que la rupture s'était opérée d'une manière lente, insensible, sourde ; il avait exclu l'idée de toute violence extérieure, la rupture se serait pour lui produite au moment de la dilatation complète, car les contractions qui jusque-là avaient été très-régulières, se sont brusquement suspendues. Il faut donc ajouter au nombre des signes importants de cet accident cette interruption soudaine du travail au moment où la rupture se produit.]

Quand la rupture porte seulement sur le vagin, la malade n'a pas de douleurs soudaines ; mais le collapsus est plus ou moins complet, et, bien que le travail régulier s'affaiblisse ou même cesse, l'action utérine

(1) Percy, *Bulletin de la faculté*, t. III, p. 348.
(2) Toulaint-Beauregard, *Journal de médecine*, t. XXIX, p. 68.

n'est pas nécessairement paralysée, comme dans les cas où la substance même de la matrice est déchirée, et la femme peut encore s'aider pour l'expulsion de l'enfant et celle du placenta. En pareil cas, il n'y a naturellement pas de rétrocession du travail, mais il peut y avoir hémorrhagie externe ou interne. Dans un cas que j'ai pu observer, le collapsus n'était pas absolu, mais il était encore suffisant pour indiquer quelque grave désordre organique.

Observation II. — La malade fut accouchée avec le forceps, et pendant l'opération les contractions utérines furent telles que le placenta fut expulsé spontanément immédiatement après la sortie de l'enfant. L'hémorrhagie externe était très-modérée, cependant le collapsus, la pâleur, la faiblesse et la rapidité du pouls augmentèrent, continuèrent même pendant quatre ou cinq jours et subitement à la suite d'une exacerbation dans ces symptômes, la malade mourut. A l'autopsie, on trouva que le vagin s'était rompu au point d'union avec l'utérus, qu'il s'était formé à ce niveau une large poche remplie de sang, laquelle était tapissée à sa partie supérieure par le péritoine; probablement à l'instant où les symptômes étaient devenus plus graves cette membrane séreuse s'était rompue, et une grande quantité de sang s'était répandue dans la cavité. Faute de temps, l'inflammattion consécutive n'avait pu se résoudre.

Danyau (1), a publié un fait de rupture du vagin, lequel fut caractérisé par la cessation des douleurs, la rétrocession de la tête, une grande sensibilité abdominale et un profond collapsus. L'enfant aurait passé à travers la déchirure dans la cavité abdominale.

Le même auteur a rapporté dix-sept cas de ce genre, parmi lesquels ceux de Ross, de Douglas (2), de Smith, et enfin celui qu'il a observé lui-même, furent suivis de guérison. Dans aucun cas, la gastrotomie ne fut pratiquée.

§ V. — Terminaisons.

La malade peut mourir de l'ébranlement produit par la rupture, soit quelques minutes, soit quelques heures après l'accident; ou bien elle peut survivre d'abord et mourir ensuite de péritonite. Elle peut enfin être emportée par des accidents secondaires, tels que des abcès sous-péritonéaux ou des abcès lombaires.

Parmi les malades de J. Clarke, l'une mourut sans être accouchée, une autre mourut en quatre heures, une autre en vingt heures, deux en vingt-quatre heures, et une autre en trente heures.

(1) Danyau, *Remarques sur la rupture du vagin* (*Mémoires de la Société de Chirurgie*. Paris, 1851, vol. II, p. 175).

(2) Andrew Douglas, *Observation on an extraordinary case of ruptured uterus*, London, 1785.

Parmi les malades de Ramsbotham, trois moururent tout de suite après leur délivrance, deux une heure après et une dans les trois jours qui suivirent l'accouchement.

Parmi les malades de Collins, quatre moururent immédiatement après l'accouchement ; une, dans les deux heures qui suivirent ; trois, quatre heures après ; une, dix heures après ; deux, dans les quatorze heures qui suivirent ; une, dans les vingt-cinq heures, etc.

Une de mes malades mourut en cinq minutes sans être accouchée.

Dans le plus grand nombre des cas, la mort est la terminaison : sur les 3 cas de Smellie, il y eut 2 morts ; sur les 8 de Clarke, il y en eut 7 ; sur les 11 de Marc Keever, il y en eut 9 ; sur les 13 de Ramsbotham, 11 morts ; sur les 34 de Collins, 32 morts. Dans tous les cas de Clintock et ceux de Hardy, les malades moururent.

Quelquefois, cependant, les malades se sont rétablies. Heister (1) rapporte un cas de gérison qui lui a été raconté par Rungius ; Spiering rapporte un cas de guérison par Torquosa ; Peu (2), James Hamilton junior (3), James Hamilton (4), J. Clarke (5), Douglas (6), Labatt (7), Frizell (8), Ross (9), Kite (10), Powell (11), Birch (12), Smith (13), Mac Intyre (14), Hendrie (15), Brook (16), Davis (17), Church (18), Stobo (19), ont chacun rapporté un cas de guérison. M'Keever et Collins ont rapporté chacun deux cas de guérison, et Ramsbotham trois. Duparcque a réuni dans les auteurs français quatre cas de guérison. Osiander et Velpeau citent de même plusieurs observations de guérison.

Quand le fœtus reste dans la cavité péritonéale, il est encore plus rare que la malade se rétablisse.

[[Cependant la guérison, lorsque le fœtus est resté un certain temps dans la cavité abdominale, n'est pas impossible comme le prouve une observation très-intéressante du docteur Fourrier (de Compiègne). La

(1) Heister, *Inst. chir.*, 2e partie, p. 728.
(2) Peu, *Pratique des accouchements*. Paris 1694, p. 341.
(3) James Hamilton junior, *Outlines of midwifery*. Edinburgh, 1826.
(4) James Hamilton, *Select cases in midwifery*, p. 138.
(5) Clarke, *Trans. of Association*, vol. I.
(6) Douglas, *Essays ou ruptures of the uterus*, p. 7.
(7) Labatt. *Dublin med. Essays*, p. 343.
(8) Frizell, *Trans. of Association*, vol. II, p. 15.
(9) Ross, *Duncan's Annals of medicine*, vol. III, p. 377.
(10) Kite, *Mem. of med. Soc.*, vol. IV, p. 253.
(11) Powell, *Med.-chir. Trans.*, vol. XII, p. 537.
(12) Birch, *ibib.*, vol. XIII, p. 337.
(13) Smith, *ibid.*, vol. XIII, p. 373, et *Archives générales de médecine*, t. XIX, p. 96.
(14) Mac Intyre, *Med. Gaz.*, vol. VII, p. 9.
(15) Hendrie, *American Journal of med. Sciences*, vol. VI, p. 351.
(16 Brook, *Med. Gaz.*, 17 janvier 1829.
(17) Davis, *Obstetric*, vol. II p. 70.
(18) Church, *Lancet*, 19 mai 1849.
(19) Stobo, *Med. Times*, 6 avril 1850.

femme qui fait le sujet de cette observation était à son troisième accouchement; la gastrotomie fut pratiquée le cinquième jour, et malgré des accidents généraux graves, le rétablissement était complet deux mois après l'opération (1).]]

Dans les cas de grossesse interstitielle, la malade la quelquefois survécu à l'accident et à l'inflammation consécutive.

§ VI. — Diagnostic.

La douleur aiguë et subite, la cessation du travail, la rétrocession de l'enfant, rendent le diagnostic facile à établir ; mais, quand la rupture est partielle, le diagnostic peut être plus difficile. Il faut alors s'appuyer simplement sur la douleur et sur le collapsus. La complication de péritonite consécutive servira encore à lever les difficultés. M. Clintock (2) a montré que la vie ou la mort de l'enfant est un signe important comme diagnostic.

Dans les cas de lacérations, l'enfant meurt presque immédiatement. L'existence subite d'une péritonite chez les femmes âgées peut faire soupçonner une rupture ; mais il est difficile d'arriver à une certitude absolue.

D'après les détails que nous avons déjà donnés, il est presque inutile de dire que le pronostic est toujours grave. Il y a si peu d'exemples de guérison, que l'on peut à peine espérer le rétablissement de ces malades.

§ VII. — Traitement.

La première question qui se présente quand la rupture de l'utérus est bien établie, est de savoir si on laissera les choses aller naturellement ou si l'on fera un accouchement artificiel. Quand l'orifice utérin n'est pas dilaté, la délivrance immédiate est impossible. Dans tous les cas où elle est possible, l'expérience a prouvé que c'est la meilleure conduite à tenir. W. Hunter et Garthshore sont d'avis qu'il faut laisser le travail marcher naturellement, et, après la publication de son livre (3), Denman a posé les mêmes conclusions. A des noms si illustres on peut cependant opposer, sans aucun doute, l'évidence des faits. Les recherches de Trask sont également en faveur d'un accouchement immédiat. Dans tous les cas de rupture qui furent suivis de guérison, le temps écoulé entre l'accident et l'accouchement fut toujours de moins de cinq heures. Dans les faits de Trask, 154 femmes furent accouchées artificiellement, parmi lesquelles 97 moururent et 57 survécurent. Sur les 89 qui ne furent pas accouchées,

(1) Fourrier, *Note sur un cas de rupture de l'utérus avec passage du fœtus et des annexes dans la cavité péritonéale* (*Bulletin de thérapeutique*, t. LXXXIII, p. 107).

(2) M. Clintock, *Dublin Journal.*

(3) Denman, *Introduction to the pratice of midwifery*, 2e édition. London, 1801.

65 moururent et 24 seulement survécurent. Sur 31 qui accouchèrent naturellement, 20 moururent et 11 survécurent. Sur 6 femmes sur lesquelles l'accouchement artificiel fut tenté et échoua, toutes moururent sans être accouchées. Ainsi, les résultats de la comparaison entre les femmes accouchées artificiellement et celles qui furent abandonnées à la nature donnent 37 pour 100 de guérison dans le premier cas, 27 pour 100 seulement dans le second. Ce n'est pas tout encore : parmi les femmes qui succombèrent à la rupture, celles qui avaient été accouchées ont survécu vingt-deux heures et les autres tout au plus neuf heures.

Le mode d'accouchement dépendra beaucoup des circonstances particulières.

1° Si la tête n'est pas remontée, peut encore être sentie, ou est déjà dans le bassin, il sera à propos d'appliquer le forceps aussitôt que possible. Si cela ne se peut, on aura recours au perforateur, et cela sans la moindre hésitation.

Les faits de Mac Clintock et Hardy ont démontré que la mort de l'enfant a lieu presque immédiatement après la rupture.

2° Si l'enfant a passé dans la cavité de l'abdomen, ou s'il y a rétrécissement du bassin, on introduit la main dans le vagin, on passe au besoin par la déchirure, on saisit les pieds de l'enfant, que l'on ramène aussi vite que possible. Il faut prendre de grandes précautions pour ne pas blesser ni tirailler les intestins dans le cas de prolapsus. On extrait ensuite le placenta, et l'on procède aux soins habituels. Dans tous les cas, l'enfant est mort-né.

3° Si l'utérus se contracte fortement, il peut être impossible de faire passer la main à travers la déchirure ; le bassin peut aussi être trop étroit pour laisser passer l'enfant ou même la main. En pareil cas, il faut pratiquer l'opération césarienne et extraire l'enfant et les annexes à travers les parois abdominales. Thibault des Bois (1), Lassus, Haden, Baudelocque (2), Latouche, Jopel, Lambron (3), Glodat, etc., ont rapporté des cas de succès. MM. Coquin (4), Somner (5), Céconi (6), Ruth (7), Rust (8), Gais, de Wiesbaden (9), Nægele, Weinhardt (10), Heim (11), Busch, Du-

(1) Thibault, *Ancien journal de médecine*, 1789.

(2) Baudelocque, *Journal général*, t. IV, p. 253.

(3) Lambron *in* Duparcque, *Mém. de la Soc. d'émulation*, p. 309.

(4) Coquin, *Bulletin de la Faculté*, 1812, p. 86.

(5) Somner, *ibid.*, 1812, p. 86.

(6) Céconi *in* Frank, *Observation d'une rupture de l'utérus guérie par la gastrotomie* (*Journal universel*, 1819, t. XIX, p. 107).

(7) Ruth, *Grossesse abdominale terminée heureusement par la gastrotomie* (*Bulletin de Férussac*, vol. VI, p. 280).

(8) Rust *in* Luroth, *Sur les différentes espèces des rétrécissements de l'utérus* (*Bulletin de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85).

(9) Gais, *Abdominal fœtation, gastronomy successfully performed* (*American Journal*, avril 1831, p. 522).

(10) Weinhardt *in* Luroth, *Bulletin de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85.

(11) Heim *in* Luroth, *Bulletin de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85.

may (1), Lechoptois et Lair (2), Velpeau (3), ont tous rapporté des observations de guérison.

[[Le docteur J. Jolly, dans son excellente thèse, admet que la gastrotomie est le mode de traitement qui donne le plus de succès dans le cas de rupture de l'utérus, lorsque le fœtus est passé dans la cavité du péritoine. Cet auteur, en réunissant tous les cas de rupture, quel que fût l'endroit où se trouvait le fœtus au moment de la délivrance, a obtenu le résultat suivant :

		Mortes.	Guérisons.	Guérisons p. 100.
Expectation	144	142	2	1,45 0/0
Extraction par les voies naturelles.....	382	310	72	19 0/0
Gastrotomie	38	12	26	68,4 0/0

Il résulte de là que c'est l'expectation qui donne la plus forte proportion de morts, tandis que la gastrotomie donne des résultats relativement satisfaisants.

« Je sais bien, dit l'auteur, qu'on objectera à ces statistiques qu'elles n'expriment point la réalité, parce qu'on publie volontiers les cas de guérison, mais qu'on se garde bien de publier les cas de mort. Nous admettons parfaitement cette objection, vraie jusqu'à un certain point, et nous sommes prêt à reconnaître que les proportions sont trop fortes pour les succès ; mais nous ne raisonnons pas sur des nombres absolus, nous raisonnons par comparaison, nous ne prétendons nullement que le rapport de 68 °/₀ signifie que toujours, sur 100 cas de gastrotomie après rupture de l'utérus, il y aura 68 guérisons, pas plus que l'extraction par les voies naturelles donnera toujours 19 guérisons sur 100 cas. Ces rapports servent seulement à montrer que le nombre des guérisons après la gastrotomie est beaucoup plus grand qu'après l'extraction par les voies naturelles, quel que soit le procédé employé (4). »

Ces résultats sont d'ailleurs en rapport avec ceux que l'on obtient aujourd'hui à la suite de l'ovariotomie, ils doivent nous engager à recourir à l'ouverture de l'abdomen, bien plutôt que de tenter l'extraction du fœtus par les voies naturelles.

On sait que le plus grand danger de mort à la suite de l'ovariotomie réside dans l'épanchement des liquides dans la cavité abdominale, et que ces liquides pourront être facilement expulsés par l'incision de la paroi abdominale. La cause la plus grave des accidents sera ainsi écartée.

Nous pensons donc qu'en face des nombreuses guérisons obtenues par

(1) Dumay, *Opération de la rupture de la matrice* (*Journ. gén.*, 1798, vol. V, p. 58).

(2) Lair, *ibid.*, vol. I, p. 187.

(3) Velpeau, *Traité d'accouchements*, 2e édition. Paris, 1835, t. II, p. 182.

(4) Jolly, *Des ruptures de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.* Thèse 1870.

Kœberlé, Spencer Wells, Pean et Boinet à la suite des ovariotomies, on ne doit pas hésiter à pratiquer la gastrotomie dans le cas de rupture utérine lorsque le fœtus est passé dans la cavité du péritoine, c'est encore ce moyen qui donnera le plus de chances de sauver la vie de la femme, surtout si l'on prend garde de faire avec soin la *toilette du péritoine* recommandée par Spencer Wells pour l'ovariotomie.

Quant au moment où l'on doit recourir à l'opération, M. J. Jolly conseille de la pratiquer aussitôt qu'on la juge nécessaire, quelque grave que paraisse l'état de la malade ; on ne devrait être arrêté que par l'imminence de la mort.

Mais si l'opération n'avait pu être faite immédiatement, elle pourrait encore être tentée même plusieurs jours après l'accident. Dans le cas du docteur Fourrier (de Compiègne) la gastrotomie fut pratiquée le cinquième jour, et néanmoins la malade se rétablit.

Nous croyons devoir rapporter cette observation qui présente un grand intérêt et que nous reproduisons presque en entier :

Observation. — *Rupture de l'utérus, — passage du fœtus et des annexes dans la cavité péritonéale, — gastrotomie le cinquième jour. — Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 29 ans, d'une taille moyenne et d'une bonne constitution. Cette femme déjà mère de deux enfants, appartient à la classe ouvrière. Dans le courant de l'année 1870 elle a eu une variole assez grave ; du reste elle n'a jamais été malade. Devenue enceinte dans le mois de mai, elle fit une chute dans un escalier, six semaines environ avant le terme présumé de sa grossesse, qui, d'ailleurs, n'avait rien présenté d'anormal ; cet accident ne parut en rien en modifier le cours, il y eut seulement quelques douleurs abdominales qui disparurent au bout de quelques jours.

Le jeudi 14 décembre 1871, pendant la nuit, les douleurs de l'accouchement se faisant sentir, on appelle une sage-femme qui constate une présentation de la tête. Dans la matinée du jeudi, trouvant que le travail ne marche pas assez vite, elle administre 2 grammes de seigle ergoté.

Les douleurs augmentent, la poche des eaux se rompt et le travail paraissait marcher régulièrement, lorsque, vers dix heures du soir, la patiente étant levée, le travail s'arrête tout à coup, après une douleur sensiblement plus vive et présentant, au dire de la malade, un caractère particulier ; il lui a semblé que la *douleur remontait dans le ventre*, c'est là son expression ; à partir de ce moment, les douleurs qui se faisaient sentir dans le bassin où elles amenaient une sensation de pression, changent de nature et de situation, elles existent alors dans le côté droit de l'abdomen, et ne ressemblent plus aux douleurs de l'accouchement. Toutefois ces douleurs ne furent jamais assez vives pour forcer la malade à se mettre au lit ; elle resta assise sur une chaise jusqu'à huit heures du soir et put même se promener dans sa chambre ; seulement elle se tenait courbée ne pouvant se redresser complétement. A huit heures du soir, il y eut une légère hémorrhagie, évaluée par les personnes qui entourent la malade à un demi-litre environ. C'est alors que devenue plus faible, elle dut se mettre au lit.

Pendant la journée du vendredi, il n'y a pas de nouvelles douleurs indiquant une reprise du travail, la malade est tourmentée par des douleurs dans le côté droit du ventre, il survient du hoquet, et des vomissements, le samedi elle s'affaiblit d'une manière sensible.

Le dimanche soir, MM. Chevalier et Canivet voient la malade ; le toucher est pratiqué, deux doigts sont avec peine introduits dans l'utérus, et il n'est pas possible de sentir aucune partie fœtale ; ces confrères en concluent qu'il existe une rupture de l'utérus. Le lendemain le docteur Fourrier se joint à eux pour décider quelle est la conduite à tenir.

Dans la matinée du lundi 18 décembre, ce dernier se rend avec le docteur Chevalier près de la malade.

La malade est trouvée dans l'état suivant :

Étendue dans le décubitus dorsal qu'elle ne peut quitter, elle a un hoquet continuel; les draps du lit sont couverts par les matières qu'elle vomit souvent, ce sont des matières liquides, verdâtres; la face est altérée, sans cependant présenter l'aspect grippé qui dans la péritonite donne à la physionomie un cachet particulier. Le pouls, presque insensible, est impossible à compter; le cœur dont les battements sont faibles, donne 130 à 140 pulsations par minute. La chaleur du corps est bien conservée, les lèvres ne sont point trop pâles ; il n'y a donc pas eu d'hémorrhagie interne grave.

Le ventre présente un aspect particulier ; il est facile de distinguer deux tumeurs, l'une située à droite, l'autre à gauche, il y a peu de météorisme. En palpant le ventre qui n'est pas trop douloureux à la pression, on isole parfaitement les deux tumeurs, et on reconnaît dans celle de droite les parties fœtales, la tumeur de gauche offre le volume et la consistance de l'utérus lorsqu'il est revenu sur lui-même immédiatement après l'accouchement. Il s'écoule par le vagin un liquide sanguinolent fort peu abondant.

En présence de ces symptômes, le doute n'était pas possible, et l'on avait affaire à une rupture datant de quatre jours, et au passage de l'enfant tout entier dans l'abdomen. L'absence d'hémorrhagie indiquait également le passage du délivre à travers la rupture.

Que fallait-il faire ?

M. Fourrier considérant la résistance que la malade avait offerte pendant ces quatre jours, l'absence de symptômes de péritonite générale, l'absence d'hémorrhagie consécutive grave, proposa alors la gastrotomie.

La malade ayant été placée sur une table en face d'une fenêtre bien éclairée, de façon à présenter le côté droit, on administra le chloroforme, mais avec de grandes précautions, vu l'état de faiblesse de la malade.

La malade étant endormie, M. Fourrier pratique une incision de treize à quatorze centimètres à partir du bord externe du muscle droit, à trois centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'à la crête iliaque, incision légèrement oblique de haut en bas, de dedans en dehors. Il arrive en procédant couche par couche et n'ayant eu à lier que deux artérioles de peu d'importance, sur l'enfant. L'abdomen ouvert, il s'écoule une assez grande quantité de liquide d'une couleur noire présentant un certain degré de fétidité. C'est le liquide amniotique déjà très-altéré. Le fœtus se présente dans la position qu'il occupe le plus souvent dans l'utérus, en position occipito-iliaque gauche antérieure, seulement ici l'occiput était séparé de l'os iliaque gauche par l'utérus :

l'incision avait porté sur l'épaule droite, la tête se trouvant dans la fosse iliaque droite. Pour arriver à extraire ce fœtus, il fallait aller chercher les pieds ; craignant que la manœuvre nécessaire pour obtenir ce résultat n'amenât des lésions plus graves, le chirurgien préféra faire la détroncature et arriva ainsi sans introduire la main du côté des intestins, mais seulement deux doigts entre le cou et l'utérus, à extraire facilement l'enfant avec tout le délivre, placenta et membranes ; puis il procéda à la toilette de la cavité qu'il occupait et il constata avec son collègue les désordres suivants :

Le fond de la fosse iliaque est tapissé par une membrane noirâtre dont il est facile d'enlever des lambeaux ; cette membrane paraît appartenir au péritoine pariétal grangréné, en haut, en soulevant la lèvre supérieure de la plaie, on aperçoit l'épiploon noir gangréné dans une partie de son étendue, les intestins, qui se présentent au-dessus de l'utérus et au-dessous de l'épiploon, ont un aspect rosé et présentent un certain degré d'injection. L'utérus, fortement incliné à gauche, est volumineux, la portion qui est accessible à la vue, est couverte de caillots adhérents qui cachent la déchirure. Ces caillots furent respectés, mais on enleva avec la pince tout ce qu'il fut possible d'enlever de parties mortifiées dans la fosse iliaque ; mais on respecta l'épiploon, dans la crainte d'ouvrir quelques vaisseaux dans cette partie vasculaire, dont il était impossible d'appécier le degré de mortification.

La toilette faite aussi soigneusement que possible, tous les liquides enlevés, au moyen d'éponges fines, M. Fourrier fit trois points de suture enchevillée à la partie interne de l'incision, une de ces sutures, plus profonde, comprenait toute l'épaisseur des parois abdominales ; la partie externe fut laissée ouverte pour l'écoulement du pus.

Cela fait, sans perte de sang notable, la malade qui s'était réveillée pendant l'extraction du fœtus, fut reportée dans son lit et entourée de boules d'eau chaude, le ventre avait d'ailleurs été couvert de plusieurs couches d'ouate et modérément serré par un bandage de corps.

Immédiatement après l'opération, la malade éprouve un sentiment de bien-être, le pouls est plus perceptible, on prescrit une potion avec quarante grammes d'alcool, du vin, du bouillon, de la glace.

Le soir, l'état était aussi satisfaisant que possible, et il y avait eu deux vomissements, mais le hoquet était moins fréquent, le pouls à 135 et l'état général meilleur le ventre, n'était pas plus sensible, sans météorisme, il y avait eu émission naturelle d'urine.

Le mardi 19, la face est grippée ; le pouls à 140 ; il y a eu pendant la nuit un vomissement et deux garde-robes liquides, il s'écoule par le vagin un liquide brunâtre fétide, peu abondant, le ventre est sensible, mais la pression n'exagère pas la douleur; les pièces du pansement sont imprégnées par un liquide brunâtre très-fétide, les lèvres de la plaie présentent un aspect blafard, en exercant de légères pressions, en fait sortir en abondance un liquide noirâtre, fétide.

On pratique dans l'abdomen une injection abondante d'acide phénique au millième et l'on prescrit des injections vaginales semblables plusieurs fois par jour.

Le mercredi 20, même état, il n'y a pas eu cependant de vomissements, selles liquides, les lèvres de la plaie sont grisâtres, gangrénées, la fétidité du liquide

qui s'écoule abondamment par la plaie est excessive. En palpant l'abdomen, on reconnaît l'utérus à gauche très-volumineux et sensible ; en pressant lentement, au niveau de la fosse iliaque gauche, on fait sortir par la plaie du liquide noir et fétide en abondance, il s'écoule par le vagin un liquide analogue. Cependant les injections faites par la plaie ne sortent pas par le vagin.

On donne une potion à l'extrait de quinquina.

Les jours suivants, l'état général devient des plus graves, des lambeaux gangrénés, sont expulsés par la plaie, l'écoulement est fétide, le pouls devient imperceptible, le cœur bat à 150, il y a des garde-robes involontaires. Pendant ce temps on continua l'usage de l'alcool, de la glace, de l'extrait de quinquina et des lavages à l'eau phéniquée. Une légère amélioration survient cinq jours plus tard, la suppuration se fait convenablement, la plaie prend un aspect satisfaisant, et, douze jours après l'opération, on put donner des œufs, de la viande blanche, l'alcool est suspendu ainsi que le quinquina.

Le lundi 1er janvier 1872 la langue est nette; le ventre souple, reste sensible à gauche au niveau de l'utérus, qui conseve le même volume, il y a de l'empâtement tout autour de lui, cet empâtement paraît dû à la présence de matières fécales. Le pouls est à 120, à peine perceptible à la radiale. L'appétit est assez bon, les aliments sont très-bien supportés mais les garde-robes sont difficiles ; il y a eu à la suite d'un lavement expulsion de scybales.

Le 3, on observe de l'enflure au pied et à la jambe gauche, avec un peu de douleur ; c'est une phlegmasie légère.

La malade continue à aller de mieux en mieux jusqu'au 14 janvier, ce jour-là elle se trouve beaucoup moins bien ; la face est altérée, le ventre très-douloureux, surtout à gauche ; il y a du météorisme. Depuis la veille il y a eu de fréquentes garde-robes liquides, verdâtres, très-fétides ; l'utérus toujours très-volumineux est plus douloureux, la plaie a d'ailleurs un bon aspect, elle ne suppure pas plus, il n'y a pas d'écoulement vaginal ; le pouls, faible est à 125.

Une pilule d'extrait thébaïque, 5 centigrammes ; lavements émollients ; cataplasmes sur le ventre ; bouillon.

Le 15, la veille, vers midi, il y a eu un frisson violent qui a duré près d'une heure ; ce frisson a été suivi de chaleurs et de sueurs profuses pendant toute la nuit. Le matin nouveau frisson également suivi de sueurs : la face est altérée sans être grippée, le ventre est sensible, mais il n'y a pas eu de garde-robes depuis la veille ; le pouls est à 135, l'inappétence est absolue, il y a eu deux vomissements.

Tisane de petite centaurée, bouillon, limonade citrique, eau de seltz, sulfate de quinine, 1 gramme divisé en six prises, une dose de quatre en quatre heures.

Le 16, même état, à midi un frisson moins violent que celui de la veille, sueurs profuses, pouls à 135. La plaie offre toujours le même aspect, il n'y a pas plus de suppuration ; rien du côté de la poitrine, le ventre est plutôt moins sensible, pas de garde-robes. L'enflure causée par la phlegmatia n'a pas augmenté ; même prescription.

Le 17 il n'y a pas eu de frisson ; on continue le sulfate de quinine, deux doses seulement ; vin, potages.

Jusqu'au 21, l'état de la malade reste sensiblement le même, pas de frissons nouveaux.

Le 21, l'état général est moins bon, sensation d'étouffement, malaise général, pouls absolument insensible, battements du cœur irréguliers; ventre douloureux, vin de Malaga.

Le 22, état meilleur, pouls à 115. L'amélioration se continue, les jours suivants, le pouls tombe à 104, est plus perceptible, la cicatrisation de la plaie s'est toujours bien continuée. La plaie mesure 7 centimètres.

A partir du 28 la malade va de mieux en mieux, elle se lève, la plaie se rétrécit de plus en plus, seulement les lèvres de cette plaie se retournent de dehors en dedans, en oublie, attirées qu'elles sont par les adhérences profondes de la paroi abdominale avec les intestins ; une seule chose inquiète alors, la difficulté des garde-robes.

Vers le 10 février, il survient encore des sueurs profuses matin et soir; ces accidents cessent après l'administration du sulfate de quinine.

Le 19, la santé générale est bien rétablie, il y a de l'embonpoint, l'appétit est bon, les garde-robes moins difficiles; l'opérée peut se lever toute la journée et circuler dans sa chambre, elle commence à travailler à l'aiguille.

Le ventre est souple, la plaie cicatrisée ; à gauche, à 2 centimètres seulement au-dessous de l'ombilic, on sent une tumeur globuleuse, assez volumineuse, située profondément dans l'hypochondre, recouverte par les intestins, sensible à la pression ; cette tumeur constituée par l'utérus incliné à gauche offre une certaine mobilité.

Au toucher, on trouve en arrière le col entr'ouvert, la pulpe de l'indicateur y pénètre facilement, les lèvres assez molles sont séparées à droite et à gauche par un sillon profond. Le corps de l'utérus se confond avec le col qui est complétement effacé, de sorte qu'il n'est plus possible de trouver de cul-de-sac en arrière et en avant de l'utérus ; le corps est volumineux, situé à gauche; il est impossible d'imprimer avec le doigt aucun mouvement à l'utérus; ce n'est qu'en saisissant cet organe de la main gauche, au travers des parois abdominales, qu'il est possible de lui imprimer quelques mouvements latéraux ; ces mouvements sont perçus par le doigt introduit dans l'ouverture du col.

Les règles n'ont pas reparu ; mais il faut dire que la malade est très-irrégulièrement réglée et qu'en temps ordinaire elle était cinq à six mois sans en avoir.

Le docteur Fourrier a revu plusieurs fois son opérée depuis le 19 février, les règles ont reparu en mai ; elle est toujours dans un état de santé satisfaisant, seulement elle éprouve de temps en temps des douleurs de ventre et les garde-robes sont toujours difficiles (1).]]

Dans les cas de rupture pendant la gestation avant le commencement du travail, le procédé précédemment indiqué est le seul applicable.

Pendant la période de collapsus, il peut être nécessaire de donner des stimulants tels que l'ammoniac, le camphre, le musc, du vin, etc. Mais ce traitement doit être dirigé avec une grande réserve, de manière à attein-

(1) Fourrier, *Note sur un cas de rupture de l'utérus avec passage du fœtus dans la cavité péritonéale* (*Bulletin de thérapeutique*, 1872, t. LXXXIII, p. 107).

dre le but sans le dépasser. Il faut se rappeler qu'en combattant le collapsus on peut aggraver la réaction et augmenter le danger de cette période. Une fois l'accouchement fait, il faut administrer une forte dose d'opium.

Quand l'inflammation est vive, le traitement doit être largement antiphlogistique. On appliquera sur l'abdomen trois ou quatre douzaines de sangsues, et l'on y reviendra même s'il y a lieu. On appliquera de larges cataplasmes de graine de lin, et l'on prescrira des bains de siége. Le calomel et l'opium, ou l'opium seul, sont les meilleurs remèdes à administrer. Il faudra le donner à larges doses répétées de manière à agir rapidement sur tout le système.

Si la rupture tient à l'étroitesse du détroit supérieur, et si la malade, après s'être rétablie, devient de nouveau enceinte, il faut provoquer l'accouchement artificiel à l'époque de la grossesse, qui permettra au fœtus de passer sans difficulté. Il est sans doute à désirer de retarder l'opération jusqu'au moment où l'enfant est viable ; mais ce ne peut être une condition *sine qua non*, et, si l'on ne peut sauver l'enfant, il faut au moins essayer de sauver la mère. Collins rapporte un cas de ce genre. La malade fut accouchée la première fois prématurément après la rupture. A une seconde grossesse, elle accoucha naturellement. Dans le cas de Douglas, la version fut pratiquée pour une première grossesse ; à la seconde, l'accouchement fut naturel. Il serait cependant beaucoup plus sage de la part de la malade de ne pas s'exposer à une seconde grossesse.

CHAPITRE V

FISTULES VÉSICO-VAGINALES (1)

[L'histoire des fistules de la vessie a pris depuis quelques années une face toute nouvelle, et la chirurgie peut enfin s'enorgueillir d'avoir assuré son triomphe sur une des plus épouvantables infirmités que l'on puisse observer (2).

(1) Depuis la publication de l'ouvrage de M. Fleetwood Churchill, de nombreux travaux ont paru tant en France qu'à l'étranger sur les fistules vésico-vaginales : l'histoire de cette affection a pris une face toute nouvelle, et les ouvrages les plus recommandables se sont trouvés arriérés. Nous avons donc cru pouvoir nous permettre de remplacer l'article de M. Churchill par un article original pour lequel nous avons mis à contribution les dernières publications. (*Note des traducteurs.*)

(2) Bibliographie : Peu, *Pratique des accouchements*, p. 384. — Nægele, *Erfahrungen und Abhundlungen*, etc. Mannheim, 1812, p. 389. — Barnes (S.), *Case of the successful treatment of the incontinence of urine consequent to sloughing or ulceration of the bladder from injury during labour with observations* (*Med.-chir. Trans* , 1815,

Longtemps les chirurgiens reculèrent devant une opération aussi difficile que celle des fistules vésico-vaginales; et l'on s'explique facilement

vol. VI, p. 586). — Lallemand (de Montpellier), *Réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales* (*Archives générales de médecine*, avril 1825, 1re série, t. VII, p. 481). — Laugier, *Nouvel instrument pour la réunion des fistules vésico-vaginales* (*Journal hebdomadaire*, 1829, t. V, p. 420). — Dowell, *London med. and phys. Journ.* 1831. — Burkner, *Diss. de fistula vesico-vaginali*. Vratislaviæ, 1833. — Gosset, *Calculus in the bladder, incontinence of urine, vesico-vaginal fistule, advantages of the gilt-wire suture* (*The Lancet*, 1834-1835, p. 345). — Frogé, *Dissertation sur la fistule vésico-vaginale*, thèse de Paris, n° 95, 1835. — Beaumont, *Medical Gazette*, 3 décembre 1836, p. 355. — Dieffenbach, *Berlin medic. Zeitung*, juin et juillet 1836. — Jobert (de Lamballe), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1837, t. II, p. 145, et *Rapport de Blandin* (*Ibidem*, p. 581); *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849, t. II, p. 266 à 712; *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales*. Paris, 1852. — Bendz, *De fistula urethro et vesico-vaginali*. Hauniæ, 1838. — Jeanselme, *l'Expérience*, janvier 1838. — Liston, *Lancet*, 23 juin 1838. — Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édition, 1839, t. III et t IV, p. 437, et 465. — Duparcque, *Ruptures de l'utérus*. Paris, 1839, p. 839. — *American medical recorder and American Journal of medic. Sciences*, août 1839. — Hayward (de Boston), *American notes*, 1839, t. XXIV, p. 283; *Mémoire sur les fistules vésico-vaginales* (*Boston medical and surgical Journal*, avril 1851); *Surgical Reports and miscellaneous papers on medical subjects*, 1855, p. 206). — Gerdy, *Revue scientifique et industrielle*, 1841, t. V, p. 454. — Michon, Thèse de concours, 1841, p. 103. — Leroy (d'Étiolles), *Gazette des hopitaux*, 13 septembre 1842, p. 505. — Pancoast, *American Journal*, octobre 1842. — Betschler, *Referat über Burchard's operat. Methode Bericht über die vers. deut. Naturf. in Gratz*, 1843, p. 318. — Chelius, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln durch Cauterisation*. Heidelberg, 1844. — *Medical examiner*, mai 1847; *American Journal of the medical Sciences*, nouvelle série, 1852, t. XXIII, p. 62. — Davis, *Obstetric medicine*, vol. I, p. 128. — E. Kennedy, *Dublin Journal of med. Science*, vol. II, p. 241. — Schreger, *Annalen des chirurg. Klinikum auf der Universität zu Erlangen*, et *Journal universel des sciences médicales*, t. XI, p. 237. — Wutzer, *Hueber die Heilung der Blasenscheidenfistel* (*Organon für die gesammte Heilkunde*, Band II, Heft 4). — Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, décembre 1852, p. 532; *Obstetric works*, p. 232; *Clinical lectures on diseases of women*, 1863, p. 21, 40; *Edinburgh medical Journal*, et *Montpellier médical*, 1863, t. XX, n° 6, p. 563. — Marshall, *Med. Times and Gazette*, 2 juillet 1853. — Gr. Simon, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln*, etc. Giessen, 1854; *Monatsschr. für Geburtskunde*, juillet 1858; *Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln*, 1862. — Hobart, *London med. and physic. Journal*, vol. V. — Battey, *Trans. of obstetrical Society of London*, vol. I, p. 275. — Bozeman (W.), *Remarks on vesico-vaginal fistule*, 1856, p. 10. — Baker Brown, *Medical Times and Gazette*, 17 *avril* 1858, p. 393; *Statistique d'opérations de fistules vésico-vaginales* (*The Lancet*, 28 mars 1863, et *Gazette hebdomadaire*, t. X, p. 277; *On some diseases of women*, 1856; *Surgical diseases of women*. London, 1861, p. 112, 174). — Schuppert, *New Orleans medical News and Hospital Gazette*, avril 1858, p. 77. — Esmarck (de Kiel), *Deutsche Klinik*, 3 juillet 1858, n° 27, p. 264. — Marion Sims, *Anniversary discourse before the New-York Academy of medicine*, 1858, p. 31; *American Journal of the medical Science*, janvier 1859, p. 59; *Exposition de sa méthode opératoire de la fistule vésico-vaginale* (*Gazette heb.*, t. VIII, p. 747). — Alph. Robert, *Leçons sur la fistule vésico-vaginale* (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1859). — Battley, *Suture de la fistule vésico-vaginale* (*The Lancet*, 31 décembre 1859, et *Gazette hebdomadaire*, 1860, t. VII, p. 18). — T. Riboli (de Turin), *Nouvel instrument pour la suture de la fistule vésico-vaginale ou utéro-vésico-vaginale* (*Gazette hebd.*, 1859, t. VI, p. 630, *et Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 26 septembre 1859; *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXXIII, p. 1176). — Verneuil, *Note sur deux fistules vésico-vaginales opérées et guéries par le procédé américain, suivie de quelques remarques sur ce procédé, avec observations détaillées à l'appui* (*Gaz. hebd.*, 1860, t. VII, p. 842, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1860, t. XXVI, p. 173); *Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine* (*Gazette hebdomadaire*

leurs craintes en songeant à l'absence de spéculum, au peu de perfection des instruments qui ne permettait même pas l'examen complet des parties malades. Aussi faut-il arriver jusqu'au XIXe siècle pour voir instituer des opérations destinées à réparer les lésions de la vessie, tandis que jusque-là on n'avait opposé à cette terrible infirmité que des moyens palliatifs.

§ I. — Définition. — Divisions.

Il ne faut pas croire que, sous le nom de *fistules vésico-vaginales*, ou *utéro-vaginales*, on entende parler d'un trajet sinueux faisant communiquer la vessie avec le vagin, ainsi que semble l'indiquer le mot *fistule*. Sous ce titre on comprend toute perte de substance faisant passer l'urine par le vagin ou par l'utérus.

Les fistules peuvent occuper des endroits très-divers de la cloison vési-

janvier, février, 1859), et *Nouvelles observations suivies de remarques sur les procédés américains* (*Archives de médecine*, 5e série, t. XIX, p. 48, 297. Paris, 1862) ; *Communication sur trois opérations de fistules vésico-vaginales par le procédé américain* (*Société de chirurgie*, séance du 17 juillet 1861 ; *Gazette hebdomadaire*, t. VIII, p. 467) ; *Guérison spontanée d'une fistule vésico-vaginale* (*Société de chirurgie*, séance du 8 juillet 1863 ; *Gazette hebdomadaire*, t. X, p, 611). — Andrade, *Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le traitement américain, modifié par Bozeman*, thèse inaugurale, Paris, 1860. — J. Wright, *Medical Times and Gazette*, 1860, t. I, p. 473. — A. Dechambre, *Suture de la fistule vésico-vaginale* (*Gazette hebdomadaire*, 1860, t. VII, p. 6). — Dubrisay, *De la méthode américaine dans le traitement des fistules vésico-vaginales* (*Bulletin de thérapeutique*, janvier 1860). — Follin, *Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour la guérison des fistules vésico-vaginales, revue critique* (*Archives générales de médecine*, 5e série, t. XV, p. 457, 584, Paris, 1860). — J. Naudin, *Imperforation du rectum avec fistule recto-vaginale* (*Journal de médecine de Toulouse*, 1860, no 5). — Rouyer (Jules), *Fistules vésico-vaginales* (*Gazette hebdomadaire*, 1860 t. VII, p. 833). — Foucher, *Communications sur trois opérations de fistules vésico-vaginales par le procédé américain, Société de chirurgie*, séance du 24 juillet 1861 (*Gazette hebdomadaire*, t. VIII, p. 483). — Chassaignac, *Opération de fistule vésico-vaginale, Société de chirurgie*, séance du 1er octobre 1861 (*Gazette hebdomadaire*, t. VIII, p. 643); *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*. Paris, 1862, t. II, p. 915. — Leihsman, *Glascow med. Journal*, octobre 1861. — Rames (d'Aurillac), *Fistule vésico-vaginale guérie par la méthode américaine, Société de chirurgie*, séance du 23 juillet 1862 (*Gazette hebdomadaire*, 1862, t. IX, p. 510). — Morel-Lavallée, *Opération d'une fistule vésico-vaginale par le procédé américain, Société de chirurgie*, séance du 26 février 1862 (*Gazette hebdomadaire*, t. IX, p. 173). — Dolbeau, *Guérison par la cautérisation avec le nitrate d'argent d'une fistule vésico-utéro-vaginale Société de chirurgie*, séance du 24 septembre 1862 (*Gazette hebdomadaire*, t. IX, p. 684). — Deroubaix, *Considérations sur l'opération de la fistule vésico-vaginale* (*Bulletins de l'Académie de médecine de Belgique*. Bruxelles, 1862, 2e série, t. V, no 1); *Observations cliniques et critiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine* (*Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*. Bruxelles, 1863 ; *Traité des fistules uro-génitales de la femme*, Paris, 1870. Nous devons à l'obligeance de M. Deroubaix communication des figures représentant l'appareil instrumental de M. Marion Sims). — James Laire, *Med. Times and Gazette*, 10 janvier 1863, p. 26. — Bouisson, *Opération de la fistule vésico-vaginale en Angleterre* (*Gazette hebdomadaire*, 1863, t. X, p. 519). — Robert Barnes, *British medical Journal*, 5 septembre 1863, p. 275. — Monteros, *Essai sur le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme*, thèse inaugurale. Paris, 1864. — J. R. da Costa Duarte, *Des fistules génito-urinaires chez la femme*. Paris, 1865, in-8.

co-vaginale; elles se présentent au niveau du canal de l'urèthre, au bas-fond de la vessie, quelquefois plus haut, à l'insertion du vagin, ou enfin beaucoup plus profondément, entre la vessie et l'utérus; et, suivant le siége de la lésion, les chirurgiens ont admis des fistules *uréthro-vaginales*, *vésico-vaginales*, *vésico-utéro-vaginales superficielles et profondes*, et enfin *vésico-utérines*. Cette classification que nous indiquons a été établie par Jobert (de Lamballe), et nous verrons plus loin qu'elle est parfaitement exacte.

Les fistules de la vessie peuvent présenter des dimensions et des formes excessivement variables. Ainsi, tandis que les fistules qui font communiquer la vessie avec l'utérus ne sont jamais considérables et sont assez régulièrement circulaires, les fistules qui sont situées plus bas peuvent avoir plusieurs centimètres de diamètre et même comprendre tout le bas-fond de la vessie, dont il ne reste quelquefois plus le moindre vestige.

Ces effrayantes lésions sont heureusement fort rares, et, dans la majorité des cas, on rencontre des ouvertures ayant de 3 à 5 centimètres de diamètre.

Les bords des fistules ne sont jamais très-réguliers; aussi a-t-on décrit des fistules ayant la forme d'un cercle, d'un ovale, d'un fer à cheval; et souvent encore il est difficile d'assigner aux fistules une forme exacte.

Dans la majorité des cas, les fistules sont uniques; mais on a observé des femmes portant des fistules doubles.

Lorsqu'on examine une fistule récente du bas de la vessie, on trouve les lèvres rouges, tuméfiées, recouvertes de bourgeons charnus en voie de cicatrisation : mais, si la fistule existe depuis assez longtemps, les bords ont changé complétement d'aspect, ils sont plans, durs, presque cartilagineux, peu vasculaires, et présentent l'aspect de brides cicatricielles criant sous le bistouri.

Le vagin, continuellement baigné par l'urine, s'enflamme, il survient de l'érythème de la vulve, quelquefois des excoriations de la muqueuse; chez certaines malades, il se dépose des graviers d'acide urique qui « donnent aux poils, dit M. Jobert, une couleur blanche terne comme cendrée, on dirait qu'on a couvert les parties avec une substance amidonnée gris blanchâtre. »

On rencontre aussi des rétrécissements du vagin qui deviennent, au moment de l'opération, une des grandes difficultés contre laquelle le chirurgien ait à lutter. Ces rétrécissements, dont nous étudierons plus loin les causes, peuvent présenter des degrés très-divers; ainsi, dans un cas, il y aura une simple bride, dans un autre tout le vagin sera réduit à l'état d'un cordon dur, et dans un troisième les parois du vagin seront entièrement fusionnées.

Il peut aussi exister des rétrécissements du canal de l'urèthre; mais cette lésion n'est importante à étudier qu'au point de vue du rétablissement des fonctions de la vessie après l'opération.

Ce que nous venons de dire de l'état de la fistule est vrai pour toutes fistules du bas-fond de la vessie; mais lorsque la perforation siége à la partie supérieure du col vaginal, elle s'accompagne de lésions du col de l'utérus et de l'insertion du vagin, qui donnent à la fistule un caractère tout particulier.

Lorsqu'on examine ces fistules, on trouve le cul-de-sac antérieur vaginal complétement détruit. Le vagin n'est plus inséré sur le col; dans certains cas il paraît simplement décollé dans une petite partie de sa circonférence, et l'on peut rapprocher ce lambeau du col de l'utérus; dans d'autres cas, le cul-de-sac du vagin et une partie de la paroi antérieure de cet organe sont entièrement détruits, et le col de l'utérus se trouve plus ou moins altéré.

Dans les cas graves, toute la lèvre antérieure du col de l'utérus a disparu, et l'urine coule sur la lèvre postérieure; dans quelques cas, heureusement fort rares, il n'existe plus de col, dont on ne retrouve pour dernier vestige qu'un tubercule plus ou moins saillant. Dans ces fistules, qui ont été décrites par Jobert sous le nom de *fistules vésico-utéro-vaginales profondes,* l'urine tombe de la vessie dans une espèce de gouttière formée par la lèvre postérieure du col utérin. Ces fistules rentrent donc dans la même classe que les fistules vésico-utérines qui se produisent sur la paroi antérieure de l'utérus entre l'insertion du vagin et le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin; l'urine passe de la vessie dans le corps même de l'utérus et s'écoule par le museau de tanche ; l'ouverture de ces fistules, ordinairement circulaire, pourrait admettre tout au plus une sonde de femme.

Pour expliquer le rapprochement que nous avons admis entre les fistules vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales profondes, qui diffèrent cependant assez notablement, puisque dans les unes le vagin est intact et dans les autres il est notablement lésé, nous ferons remarquer que dans ces deux cas la paroi antérieure du tissu utérin est totalement détruite et que l'urine coule sur la muqueuse utérine.

Mais, comme le dit Jobert, entre les fistules vésico-vaginales et celles qui font communiquer la vessie avec l'utérus, il existe une grande classe de lésions comprenant les fistules que cet auteur a décrites sous le nom de *fistules vésico-utéro-vaginales superficielles* (1).

Dans ces fistules, le vagin présente les lésions que nous avons indiquées pour les fistules vésico-vaginales profondes; mais le col de l'utérus, au lieu d'avoir perdu toute sa lèvre antérieure, n'est que superficiellement touché, et le canal utérin se trouve intact; c'est là le grand point de distinction des fistules vésico-vaginales superficielles, et alors l'urine coule sur le col, mais ne touche pas au canal utérin du col.

(1) Jobert, *Traité de chirurgie plastique*, t. II, p. 123.

§ II. — Causes.

De nombreuses causes peuvent donner lieu à la formation des fistules vésico-vaginales, et quoiqu'elles soient loin d'avoir toutes la même importance, il est utile de les connaître, car le traitement pourra dépendre de la cause première.

Les perforations peuvent se former soit de dedans en dehors, c'est-à-dire de la vessie vers le vagin, soit de dehors en dedans, du vagin vers la vessie.

Les perforations que l'on peut ranger dans la première classe sont presque toujours produites par la présence de pierres vésicales qui enflamment la vessie, finissent par l'ulcérer; mais elles peuvent tenir à l'introduction d'aiguilles ou d'épingles dans la vessie, qui agissent d'une manière un peu différente. Jobert a parfaitement expliqué ce mécanisme; lorsqu'une aiguille a été introduite dans la vessie, elle peut sortir en écartant les tissus sans les détruire et sans laisser de trajet organisé; mais il n'en sera plus de même pour une épingle à tête un peu forte ; elle s'implante dans les tissus sans pouvoir les traverser entièrement, et l'on comprend que la présence d'un métal aussi altérable que celui des épingles puisse occasionner l'inflammation des tissus qu'elles traversent; de plus, autour de ces corps étrangers il se produit des dépôts de matière lythique qui aggravent l'état des malades (1).

Les fistules qui se forment du vagin vers la vessie sont de beaucoup les plus nombreuses; elles peuvent tenir à des causes non traumatiques et à des causes traumatiques.

Comme causes non traumatiques, nous trouvons des ulcérations syphilitiques, des cancers, ou des inflammations du vagin occasionnées par la présence de vieux pessaires.

Dans les cas d'ulcérations syphilitiques ayant détruit la cloison vésico-vaginale, Jobert a remarqué que ces ulcères attaquent plutôt l'urèthre que le vagin.

Le cancer du col, dans sa marche envahissante, peut ulcérer le bas-fond de la vessie; mais il arrive quelquefois que le cancer débute d'emblée par la cloison du vagin ; dans les fistules produites de cette manière, on ne trouve pas une large perforation, mais plusieurs pertuis par lesquels suinte l'urine.

Quant aux fistules produites par la présence de vieux pessaires, le mécanisme est exactement celui dont nous avons parlé à propos des corps étrangers de la vessie. La muqueuse s'enflamme, s'excorie, il se forme une ulcération qui ne fait qu'augmenter, et enfin il se déclare un libre passage à l'écoulement de l'urine.

Les fistules dues à des causes traumatiques peuvent se produire au

(1) Jobert, *ibid.*, p. 324.

moment même de l'accident, ou bien ne survenir que quelque temps après.

Les fistules qui se déclarent au moment même de l'accident, ne sont que des incisions de la cloison pratiquées soit dans un but criminel, soit dans le but d'aller à la recherche des corps étrangers introduits dans les tissus, ou pour extraire des pierres vésicales qui menaçaient d'ulcérer la cloison.

Dans ces fistules, nous trouvons une simple fente de la cloison, à bords assez rapprochés et dont la dimension ne dépend que de l'incision.

Les fistules n'apparaissant que quelque temps après le traumatisme sont les plus nombreuses et les plus importantes, puisque c'est dans la classe de ces fistules que se rangent toutes les observations des fistules survenant après l'accouchement.

A la suite d'une plaie contuse, ou même d'une contusion avec épanchement de sang et décollement des téguments, il peut survenir de l'inflammation, de la suppuration qui désorganise tous les tissus contusionnés. Ces accidents, que nous sommes à même d'observer chaque jour extérieurement, se rencontrent quelquefois pour le vagin à la suite d'un accouchement un peu pénible.

Un enfant trop volumineux, ou l'application du forceps, peuvent produire dans la cloison vésico-vaginale des épanchements sanguins qui s'abcèdent et donnent lieu à une perte de substance; nous sommes d'autant plus autorisés à admettre la production des fistules par ce mécanisme, que Churchill a rapporté une observation de fistule produite de cette manière, quoique tout à fait en dehors de l'accouchement. Un homme, ayant introduit le doigt dans le vagin d'une femme accroupie pour uriner, lui contusionna tellement la cloison vésico-vaginale, qu'elle s'enflamma et se termina par la formation d'une fistule.

On peut parfaitement s'expliquer par ce procédé un grand nombre de fistules vésico-vaginales, mais il n'en est pas de même pour les fistules vésico-utéro-vaginales ou vésico-utérines; il est difficile d'admettre une contusion assez forte pour enflammer un tissu aussi résistant que celui de l'utérus. Aussi les fistules dans lesquelles le tissu utérin est atteint, se produisent-elles d'une toute autre façon ; elles surviennent à la suite de plaques gangréneuses de l'utérus ou du vagin produites par une pression prolongée de la tête de l'enfant.

Nous n'avons nullement besoin d'entrer dans de grands détails sur les circonstances qui faciliteront ces gangrènes, car on comprend que toutes les causes de dystocie, occasionnant un arrêt de la tête du fœtus, pourront être suivies d'une plaque gangréneuse par compression et par arrêt de la circulation; ainsi, l'inertie de l'utérus, le rétrécissement du bassin, les vices de conformation; la présence de tumeurs, etc., ont été signalés dans un grand nombre d'histoires de fistules utérines.

Dans plusieurs observations, l'accouchement ayant eu lieu par les pieds

ou par l'épaule, on crut voir dans cette présentation une cause immédiate de la fistule; mais Jobert pense avec raison que ce n'est pas aux pieds ni aux épaules qu'il faut attribuer la formation de la fistule, mais bien plutôt à la pression de la tête ou des parties de la face.

Le mécanisme que nous venons d'indiquer pour la formation des fistules utérines peut nous expliquer parfaitement pourquoi les fistules vésico-utérines sont beaucoup moins considérables que les fistules vésico-vaginales, et pour quelles raisons dans les fistules vésico-utéro-vaginales, le vagin se trouve quelquefois complétement décollé autour du col. C'est qu'au moment de la grossesse, l'utérus augmente considérablement; la perte de substance qui succède à la chute de l'eschare se trouve réduite à une très-petite dimension par la rétraction du tissu utérin; tandis qu'il n'en est plus de même pour le vagin, qui ne subit comparativement qu'une dilatation très-minime, et qui, de plus, ne revient même pas à son calibre primitif; la perte de substance se trouve donc avoir la dimension de la plaque gangréneuse.

[[Lorsque la guérison d'une fistule vésico-vaginale a été obtenue, il peut se faire que la solution de continuité se reproduise après un laps de temps variable, même après des années, et permette ainsi de nouveau le passage des urines par le vagin.

M. E. Bourdon (1) pense que cette récidive peut être attribuée alors à l'existence de la grossesse, même longtemps avant que l'accouchement vienne à se produire. M. E. Bourdon admet que :

« 1° La cicatrice d'une fistule vésico-vaginale peut se rompre spontanément dans les premiers mois de la grossesse, même après une guérison qui date de six ans.

« 2° La récidive a lieu sous l'influence des perturbations apportés dans la vitalité des tissus par l'état de la gestation.

« 3° Le vagin devenant variqueux pendant la grossesse, on peut assimiler la rupture de la cicatrice d'une fistule vésico-vaginale, à la rupture spontanée de la cicatrice qui recouvre un ulcère variqueux de la jambe.»]]

§ III. — Symptômes.

Les signes des fistules vésicales ne sont pas très-nombreux, car, outre les signes physiques de la lésion, le seul symptôme rationnel consiste dans l'écoulement de l'urine, non par l'urèthre, mais par le vagin.

L'urine arrivant sans interruption dans la vessie, et ne trouvant plus de paroi pour pouvoir s'accumuler, s'écoule de suite dans le vagin par la perte de substance; mais ce phénomène peut se modifier suivant certaines circonstances importantes à connaître.

(1) E. Bourdon, *Sur une cause peu connue de récidive des fistules vésico-vaginales* (*Arch. de méd.* 1872, p. 283).

Ainsi, dans les fistules siégeant au niveau de l'urèthre, la vessie se trouvant intacte peut se distendre par l'arrivée de l'urine ; mais, pendant la miction, le canal de l'urèthre étant perforé, ne peut conduire au dehors l'urine qui s'écoule dans le vagin.

On avait voulu voir dans cette intermittence le signe différentiel des fistules de l'urèthre : mais elle peut se rencontrer dans les fistules du bas-fond de la vessie, et de plus, elle peut ne pas exister pour celles de l'urèthre; lorsque la fistule se trouve compliquée de paralysie du col de la vessie, comme on le voit quelquefois à la suite des accouchements.

Cette intermittence dans l'écoulement de l'urine peut se rencontrer, comme nous le disions, dans des fistules du bas-fond de la vessie ; mais elle dépend, soit de la position des malades, soit de l'état de la vessie.

Ainsi, certaines malades ne perdent pas leurs urines dans la position horizontale, parce que la face supérieure de la vessie, se trouvant pressée par la masse intestinale, se déprime et vient s'appuyer sur le bas-fond de la vessie pour y former une espèce d'opercule.

Dans quelques cas, la partie antérieure de la vessie, par son propre poids, vient fermer la fistule, et, lorsqu'on examine les malades au spéculum, on voit, entre les bords calleux de la fistule, un petit mamelon rose qui n'est autre que la vessie.

Chez quelques malades pouvant garder leurs urines dans la position verticale, et les perdant dans la position horizontale, on avait remarqué que la fistule siégeait au-dessus de l'orifice des uretères. De suite on voulut ériger en principe que dans les fistules siégeant au-dessous de l'orifice des uretères l'écoulement se faisait sans interruption, tandis que pour les fistules situées au-dessus, l'urine trouvant intacte la portion de vessie comprise entre l'ouverture des uretères et le col de la vessie, ne s'écoulerait que lorsque le niveau de l'urine aurait atteint le bord de la fistule. Jobert a prouvé que cette distinction n'était nullement motivée ; que cette interruption se produisant lorsque les malades étaient assises ou penchées, tenait à la pression de l'utérus qui rapprochait les bords de la fistule.

Outre l'écoulement de l'urine, les malades se plaignent de douleurs assez vives, de cuisson dans le vagin. Au début de la fistule, elles s'expliquent par le simple contact de la muqueuse vaginale avec l'urine ; mais ensuite elles tiennent à la vaginite, qui peut devenir presque purulente.

La peau des cuisses, la vulve continuellement mouillée, s'irritent, s'enflamment, se couvrent d'ulcérations qui expliquent dans la majorité des cas les accidents fébriles des malades atteintes de fistules vésico-vaginales.

L'apparition de l'écoulement continuel de l'urine varie un peu suivant la cause productive de la fistule ; ainsi, lorsque la fistule est produite par un instrument tranchant, l'urine s'écoule de suite : il n'en est plus de même lorsque la cloison vésico-vaginale a été contusionnée ou a subi

une pression amenant un point de gangrène ; l'écoulement de l'urine survient alors du quatrième au douzième jour; J.-L. Petit l'a noté après un mois; Jobert a rapporté le fait d'une femme dont l'urine commença à couler le soixante-huitième jour, et dont l'eschare fut trouvée le vingt-deuxième jour à l'entrée de la vulve.

Nous n'avons nullement besoin de dire qu'une fistule n'est complète que lorsque les bords de l'ouverture sont cicatrisés, ce qui exige une dizaine de jours après l'incision de la cloison ou après la chute de l'eschare.

Quant à la vaginite, elle débute plus ou moins tôt, suivant l'état du vagin; si cet organe est intact lorsque la fistule s'établit, il faut un temps assez long pour que la présence de l'urine amène l'inflammation vaginale: mais si le vagin a été contusionné d'une manière générale, si encore il y a eu quelques points de gangrène sur ces parois, on comprend que l'arrivée de l'urine empêchera ces surfaces de se cicatriser et entretiendra forcément une inflammation dans le vagin.

§ IV. — Pronostic.

Le pronostic des fistules vésico-vaginales est excessivement grave, puisqu'une fistule abandonnée aux efforts de la nature ne guérira jamais. Quelques chirurgiens ont cité cependant plusieurs observations de guésons sans aucun traitement: mais les fistules étaient survenues à la suite de tailles vaginales.

La santé générale des malades se ressent rapidement d'une pareille lésion ; ces malheureuses femmes ne mangent plus, maigrissent, ne voient plus revenir leurs règles, tombent dans un tel marasme qu'elles succomberaient rapidement si la chirurgie ne venait à leur secours.

§ V. — Diagnostic.

Si l'on s'en tenait à la théorie, le diagnostic des fistules serait dénué de toute difficulté; l'écoulement continuel de l'urine et l'examen des parties malades lèveraient tous les doutes; mais en pratique il n'en est plus de même, et dans quelques cas le diagnostic demande une grande attention.

Souvent, à la suite d'accouchements laborieux, le col de la vessie perd sa contractilité, et les malades laissent échapper involontairement leurs urines. On pourrait croire à une fistule, et, pour éviter une pareille erreur, il faut avoir recours à l'examen du vagin.

Lorsqu'on a affaire à des fistules ayant un et demi à deux centimètres de diamètre, le toucher suffira pour constater la perforation; mais, pour les fistules de petit diamètre, le doigt porté sur toute la paroi du vagin ne permettra pas de reconnaître le siége de la fistule, et même avec le spéculum, on éprouve des difficultés à reconnaître la lésion.

Nous n'entrerons ici dans aucun détail sur les divers modes d'examen du vagin : nous les étudierons tout au long en parlant du traitement ; nous dirons seulement que si, malgré le déplissement complet du vagin, on ne peut apercevoir la fistule, il faut avoir recours aux injections colorées dans la vessie. La sortie du liquide sur la paroi du vagin indiquera le siége de la fistule, et la sortie du liquide par le museau de tanche fera reconnaître une fistule vésico-utérine.

Ces injections colorées ne sont nécessaires que pour les fistulettes vésico-vaginales et pour les fistules vésico-utérines, car les fistules vésico-utéro-vaginales sont ordinairement assez considérables pour que le toucher et l'examen au spéculum les indiquent bien nettement.

§ VI. — Traitement.

Avant d'étudier le traitement des fistules de la vessie, nous devons rechercher quel est le moment le plus favorable pour tenter la réunion.

Doit-on opérer dès que la fistule est produite, ou doit-on attendre la cicatrisation complète des bords de la fistule ?

Nous pensons que pour des fistules produites par un instrument tranchant sur une vessie non malade, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la suture immédiate ; si, au contraire, l'incision a été faite sur une vessie enflammée, tendant à s'ulcérer par la présence d'une pierre ou d'un corps étranger contenus dans son intérieur, on doit agir comme pour les fistules survenues à la suite de contusion ou de gangrène.

Dans ces cas, les bords de la perte de substance sont en pleine inflammation au moment où l'ouverture se déclare ; aussi ne doit-on pas essayer la réunion : pour y parvenir, il faudrait agir sur des tissus incapables de supporter la moindre suture. Au moment de la chute d'une eschare, les bords de la plaie sont toujours excessivement irréguliers ; pour les régulariser, il serait peut-être nécessaire d'enlever une très-grande portion de tissus.

C'est en se basant sur ces considérations que presque tous les chirurgiens pensent que l'on ne doit opérer une fistule que plusieurs mois après qu'elle s'est déclarée ; à ce moment ses bords sont devenus une cicatrice résistante ; ils ne saignent plus au moindre contact, et les parois du vagin au-dessus et au-dessous de la plaie ont repris leur état primitif.

Il en sera de même pour désigner le moment favorable d'une nouvelle opération ; lorsqu'on aura échoué une première ou une seconde fois, il faut attendre au moins trois mois, sous peine d'avoir un nouvel insuccès. Tous les chirurgiens sont unanimes sur ce point : aussi avons-nous été très-étonné de trouver dans Churchill qu'on pouvait tenter une nouvelle opération à huit jours de distance.

[[Quant à la grossesse, elle semble une contre-indication formelle à l'opération, à cause de l'état variqueux du vagin qui existe à cette

époque, surtout aujourd'hui que M. E. Bourdon a démontré que des cicatrices de fistules parfaitement guéries ont pu se rompre uniquement sous l'influence des modifications apportées dans leur vitalité, par le fait même de la grossesse.]]

En étudiant l'anatomie pathologique et les symptômes des fistules, nous avons vu que plusieurs accidents pouvaient venir les compliquer et nécessiter une intervention chirurgicale.

Avant de passer à la description des procédés opératoires, nous allons indiquer les soins que peuvent exiger ces complications.

Les rétrécissements de l'urèthre devront être dilatés par des bougies de différents volumes, comme pour le rétrécissement chez l'homme. Cette complication peu grave est toujours surmontée sans difficulté ; il n'en est plus de même lorsque l'urèthre a entièrement disparu; dans ces cas, la chirurgie est tout à fait impuissante.

Dans un cas observé par Saucerotte, il fut impossible de retrouver même le méat urinaire, et l'on abandonna la malade comme étant sans ressource.

Quant aux rétrécissements du vagin, nous avons vu qu'ils pouvaient se présenter sous trois états différents : une diminution de calibre, une bride cicatricielle l'oblitérant, ou enfin une espèce de fusion des parois.

Dans le premier cas, on doit essayer la dilatation simple au moyen de corps plus ou moins volumineux qui permettront d'arriver graduellement au diamètre primitif.

Si l'on a affaire à des brides plus ou moins fortes, il faut les inciser, les détruire et introduire dans le vagin un corps dilatant qui empêche ce conduit de se rétrécir en se cicatrisant.

Sims emploie un spéculum de verre qui a l'avantage de permettre d'examiner les parois vaginales pendant tout le travail de cicatrisation.

Lorsqu'on a affaire à une fusion complète du vagin, on ne doit tenter la réouverture de ce conduit que si la présence de l'urine peut occasionner d'autres accidents. Nous verrons plus loin que Vidal (de Cassis) conseille, comme méthode indirecte des fistules, la fusion des parois vaginales.

Dans le cas de calculs s'arrêtant dans les bords de la fistule, il faudra, avec des injections, chercher à en faciliter la chute, et au besoin les enlever avec une pince.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer sont importants : parfois le succès d'opérations, même bien faites, pourrait être compromis par ces complications, qui empêcheraient la cicatrisation.

En commençant l'histoire des fistules vésicales, nous disions qu'il fallait arriver jusqu'au XIXe siècle pour voir instituer un véritable traitement de cette affreuse infirmité ; ce n'est pas tout à fait exact, car, en 1663, un chirurgien de Hollande, Roonhuysen (1), conseilla l'avivement des bords

(1) Roonhuysen, *Heelkoustige Aanmerkkingen betreffende de Gebreeken der Wrou-*

de la fistule, et la suture entortillée; Hergott (1) nous a donné la traduction du manuel opératoire indiqué par Roonhuysen; mais ce chirurgien s'en tint probablement à la théorie, car il ne dit pas s'il fut à même de l'appliquer sur le vivant; son procédé fut mis deux fois en usage par Fatio (de Bâle) en 1752 (2); mais, au lieu de se servir d'une aiguille pour pratiquer la suture entortillée, ce chirurgien traversait les bords avec une plume bien acérée, au moyen de laquelle il plaçait un fil double. Malgré ces tentatives d'opérations, les chirurgiens regardaient la guérison des fistules comme presque impossible; nous trouvons dans J.-L. Petit le récit d'une consultation qui eut lieu pour un cas de fistule, et dans laquelle un seul chirurgien osa proposer une opération qui fut repoussée à l'unanimité.

L'opinion de J.-L. Petit prévalut jusqu'à l'époque de Desault et de Chopart, qui, tout en reconnaissant l'excessive difficulté de pareilles opérations, cherchèrent au moins un moyen palliatif qui pût améliorer l'état des malades. Desault (3) pensait avec raison qu'en forçant l'urine à passer seulement par l'urèthre, on pourrait amener la fermeture de la fistule ; aussi conseilla-t-il l'emploi d'une sonde à demeure et l'application d'un tampon vaginal destiné à oblitérer la fistule. Ce mode de traitement donna entre les mains de Desault et de Chopart des résultats qui ne furent pas très-brillants ; cependant il fut imité au commencement de ce siècle par des chirurgiens anglais. Le procédé était simple et peu difficile à mettre en usage, mais il demandait à être prolongé pendant cinq ou six mois.

J. Cloquet crut voir dans le contact des bords de la fistule avec l'urine une impossibilité pour la cicatrisation : aussi proposa-t-il l'emploi d'un siphon destiné à pomper l'urine dans la vessie; ce traitement est resté à l'état de projet.

Dupuytren (4), doutant de l'effet de la sonde à demeure et du tampon, avait recours à la cautérisation : il plaçait la malade sur le bord de son lit, introduisait un spéculum échancré et taillé en bec de flûte, dont l'ouverture venait correspondre à la fistule (5).

Velpeau (6) conseillait un spéculum brisé. La cautérisation se faisait, soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques.

Depuis quelques années, dans les cas où l'on a eu recours au même

wen. Amsterdam, 1663 (traduit en anglais en 1776, et dans les *Philosophical Transactions*, t. XI, p. 621.

(1) Hergott, *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale*. Paris, 1864.

(2) J. Fatio, *Helvetisch-Vernünftige Vehmutter*. Bâle, 1752, in-4, p. 282.

(3) Desault, *Journal de chirurgie*, 1792, t. III; *Œuvres chirurgicales*, t. III, p. 299, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1830, p. 287.

(4) Dupuytren, in Sanson, *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale;* 4e édition. Paris, 1844, t. IV, p. 710.

(5) Michon, *Exposition anatomique pour servir à l'histoire des fistules vaginales et des opérations qu'elles nécessitent*, thèse de concours, 1841, pp. 55.

(6) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édition, 1839.

procédé, on emploie de préférence le galvano-caustique (1). Par la cautérisation, quel qu'en soit le procédé, on obtient un gonflement des lèvres de la fistule, qui peut suffire pour l'oblitérer, si la perte de substance n'est pas trop considérable ; après cinq à six jours, le gonflement commence à diminuer, l'urine suinte de nouveau par le vagin, et à ce moment il faut refaire une nouvelle cautérisation.

La cautérisation ne peut donner de bons résultats que pour les fistulettes assez petites pour être oblitérées dès le premier gonflement : dans ce cas, on peut espérer que les bourgeons, en se soudant entre eux, produiront une cicatrice définitive; mais si la fistule est un peu considérable, le gonflement n'amènera pas les bords au contact, les bourgeons se cicatrisent isolément, et la cautérisation ne produit qu'une légère diminution de volume; de plus, après quelques séances, les bords fistuleux sont transformés en tissu inodulaire, que la cautérisation n'est plus capable de couvrir de bourgeons charnus. C'est en s'appuyant sur ces observations que les chirurgiens réservent actuellement la cautérisation, pour lutter seulement contre ces petits pertuis filiformes qui persistent après les opérations sanglantes.

Ainsi, la sonde à demeure, le tampon vaginal, la cautérisation, tels étaient les seuls moyens que la chirurgie opposait au commencement de ce siècle aux fistules vésico-vaginales ; cependant nous devons dire que Nægelé (2) opéra une malheureuse femme par l'avivement et la suture, mais sans succès ; que Dieffenbach (3) fit une tentative semblable, mais ne fut pas plus heureux.

Lallemand (de Montpellier) ne croyait pas qu'il fût possible d'enlever toute la circonférence de la fistule par l'avivement ; il rapporta (4) l'observation d'une malade guérie par la cautérisation des bords de la fistule ; il conseillait d'attendre le gonflement inflammatoire, puis de réunir les lèvres couvertes de bourgeons charnus avec une sonde de son invention. Cette sonde, qu'il appela *sonde-érigne*, s'introduisait dans la vessie, puis, au moyen de deux griffes contenues dans son intérieur, elle rapprochait les bords de la plaie. Cette sonde, en pressant sur l'urèthre et sur la vessie, était très-douloureuse ; aussi Laugier (5) conseilla-t-il une érigne qu'il appela *érigne double vaginale*, et qui agissait, comme le nom l'indique, sur la muqueuse du vagin.

Enfin, en 1834, Jobert, de Lamballe (6), publia sous le nom d'*élytro-*

(1). Voyez Debout, *Du traitement des fistules vésico-vaginales par des opérations non sanglantes* (*Bulletin de thérapeutique*, 1857, t. LIII, p. 353).

(2) Nægelé, *Erfahrungen und Abhandlungen*. Mannheim, 1812, p. 389.

(3) Dieffenbach, *Ueber die Heilung der Blassenscheidenfisteln* (*Preuss. ver. Zeit.*, 1836, nos 24 et 25, et *Berliner med. Zeitung*, juin et juillet 1836).

(4) Lallemand, *Réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales* (*Archives générales de médecine*, avril 1825, 1re série, t. VII, p. 481).

(5) Laugier, *Nouvel instrument pour la réunion des fistules vésico-vaginales* (*Journal hebdomadaire*, 1829, t. V, p. 420).

(6) Jobert (de Lamballe), *Bulletins de l'Académie de médecine de Paris*, t. II, 1837,

plastie une nouvelle application d'une belle conquête chirurgicale, nous voulons parler de l'autoplastie. Jobert taillait sur la fesse un lambeau de peau qu'il faisait glisser dans le vagin pour le réunir ensuite aux bords de la fistule.

L'opération se composait de quatre temps bien distincts : 1° aviver la fistule ; 2° tailler et suturer le lambeau ; 3° rétablir le cours des urines ; 4° sectionner le pédicule.

1er temps. — *Avivement.* — Jobert attire la fistule au dehors avec des pinces de Museux, puis, avec un bistouri et des ciseaux courbes, il avive les bords.

2e temps. — *Formation du lambeau.* — Le lambeau, d'une dimension variable, suivant l'ouverture de la fistule, doit être taillé au-dessous de la grande lèvre et de la fesse, en ayant soin de lui donner un large pédicule qui en empêchera la mortification.

3e temps. — *Rétablissement du cours des urines.* — Lorsque le lambeau est taillé, on en traverse le sommet par un double fil ciré que l'on fait ressortir par le canal de l'urèthre au moyen de la sonde de Belloc.

4e temps. — *Section du pédicule.* — Au moyen de ce fil, et avec un doigt introduit dans le vagin, le chirurgien conduit facilement la surface saignante du lambeau en contact avec les bords de la fistule.

« Une fois le tampon fixé entre les bords de la plaie, dit Jobert, je livre le lien, que j'appellerai *uréthral*, à un aide, et je lie les fils, s'ils sont déjà passés ; puis, je m'occcupe de traverser le lambeau et l'ouverture fistuleuse de la manière suivante : j'introduis le doigt le long du lambeau, je glisse dessus une aiguille courbe montée sur le porte-aiguille à staphyloraphie, je la dirige avec la main et j'enfonce la pointe d'un seul coup au travers du lambeau et des lèvres de la fistule. L'aiguille est saisie avec les pinces à pansement et ramenée au dehors, entraînant le fil dont elle est armée. J'en fais autant pour l'angle opposé. Il est de la plus haute importance que ce lambeau et les angles de la fistule soient compris chacun dans une anse de fil. Les fils sont noués avec les doigts. » Nous avons cité entièrement ce passage, parce qu'il fait bien comprendre le temps le plus important de ce procédé.

Pour le fil uréthral, on le colle sur les cuisses ou sur le ventre au moyen d'une bandelette de diachylon, en ayant soin de le fixer tendu avec une certaine force, de manière à ce qu'il maintienne le lambeau sans le tirailler. Une des questions les plus importantes qui se présente au chirurgien dans toute opération autoplastique par la méthode indienne, est de choisir le moment opportun pour sectionner le pédicule. Si on le coupe trop tôt, la gangrène peut s'en emparer et l'opération échouer complétement ; aussi Jobert conseille-t-il de ne pratiquer la section que du trente et unième au quarantième jour.

p. 145, et Rapport de Blandin, *ibid.*, p. 581 ; *Traité de chirurgie plastique.* Paris, 1849.

L'élytroplastie, dont on ne saurait trop apprécier le prix, a donné de beaux résultats entre les mains de M. Jobert ; mais la difficulté du manuel opératoire, et surtout la crainte de voir la mortification du lambeau à si long pédicule, engagèrent Velpeau (1) à proposer de tailler le lambeau aux dépens de la paroi postérieure du vagin.

Pour y parvenir, Velpeau traçait dans le vagin deux incisions parallèles, suivant la longueur du vagin, détachait directemept cette portion de vagin, comprise entre ces incisions, et formait ainsi une espèce de pont, dont il avivait la partie supérieure ; ensuite il enlevait ce lambeau et le suturait avec les bords de la fistule.

J. Leroy, d'Étiolles (2), a modifié l'opération de Velpeau en prolongeant les deux incisions longitudinales jusqu'à la vulve et en les réunissant par une incision verticale tracée au-dessous de la fourchette, et ensuite il décollait complétement le vagin directement. Lorsque ce lambeau à base vaginale était disséqué, J. Leroy (d'Étiolles) le roulait sur

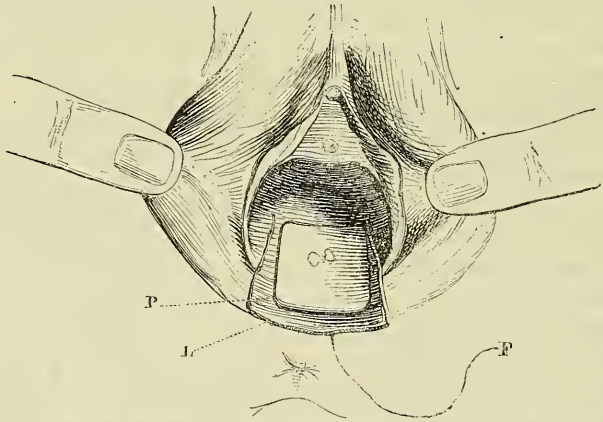


Fig. 254. — Fistule vésico-vaginale. — Autoplastie par un lambeau pris sur la cloison vagino-rectale vue de face (*).

lui-même pour porter sa surface saignante contre la fistule (fig. 254 et fig. 255).

Martin conseilla de tailler un lambeau dont la base serait en rapport avec la fistule, puis d'appliquer ce lambeau contre la fistule au moyen du spéculum sans le suturer.

(1) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édition. Paris, 1839, t. I, p. 702, et t. IV, p. 446.

(2) Leroy (d'Étiolles), *Moyens nouveaux de traitement des fistules vésico-vaginales* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, août 1842, et *Recueil de lettres et de mémoires*. Paris, 1844, p. 160).

(*) F, fil de suture ; P, plaque métallique ; L, lambeau. (Leroy d'Étiolles.)

Gerdy (1) a institué un autre procédé autoplastique; après avoir rendu la fistule située profondément, accessible à la vue au moyen de son dépres-

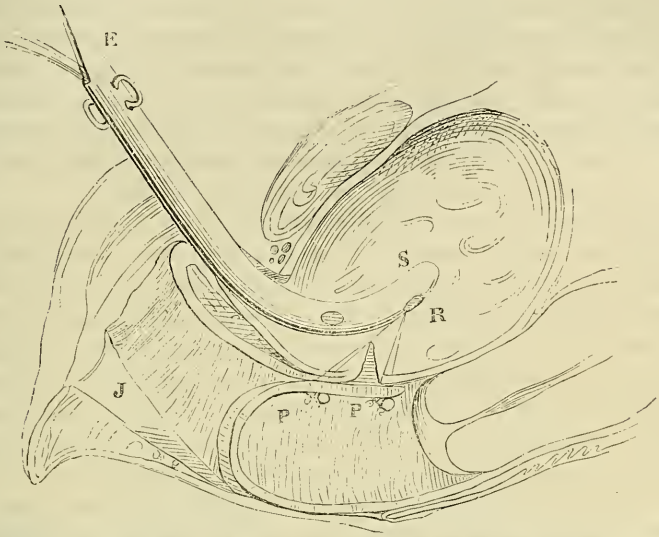


Fig. 255. — Fistule vésico-vaginale. — Autoplastie par un lambeau pris sur la cloison vésico-vaginale, coupe (*).

seur (fig. 255), il taille deux lambeaux quadrangulaires suivant les bords

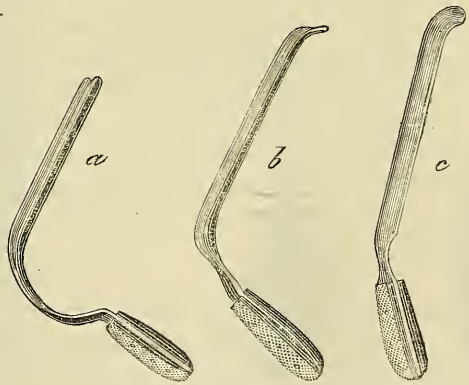


Fig. 256. — Dépresseur de Gerdy (**).

de la fistule. Lorsque ces deux lambeaux sont disséqués, ils flottent dans

(1) Gerdy, *Revue scientifique et industrielle*, juin 1841, t. V, p. 454.

(*) PP. points de suture ; R, ouverture de la sonde ; S, soude ; E, extrémité de la sonde. (Leroy, d'Etiolles.)

(**) *a*, valve introduite dans le vagin, de façon que sa convexité corresponde à l'excavation du sacrum ; *b*, et *c*, valves appliquées sur les parois vaginales latérales, pour les maintenir suffisamment écartées l'une de l'autre.

le vagin comme deux feuillets d'un livre, et, au moyen de la suture enchevillée, on les met en contact par leurs surfaces saignantes.

Les opérations autoplastiques décrites par Velpeau, J. Leroy (d'Étiolles) et Gerdy sont assez difficiles à pratiquer; les chances de vitalité du lambeau sont moins grandes que pour le lambeau taillé d'après la méthode de Jobert; aussi a-t-on abandonné depuis longtemps ces procédés.

Nous citerons seulement comme mémoire le traitement proposé par Vidal, de Cassis (1), l'infibulation; nous ne pensons pas qu'un seul chirurgien osât proposer aujourd'hui un semblable procédé.

Quoi qu'il en soit, toutes les opérations dont nous avons parlé jusqu'ici n'étaient que des procédés, et non des méthodes: elles sont d'une exécution très-difficile, ne peuvent s'appliquer que pour certaines fistules, et même quelques-unes de ces opérations n'ont jamais été pratiquées sur le vivant. Nous avons cru cependant qu'il fallait au moins les indiquer, car elles montreront combien le problème de la guérison des fistules vésico-vaginales a demandé de temps et d'essais infructueux.

C'est en 1847 que parut enfin un nouveau procédé opératoire appuyé sur de nombreuses observations suivies de succès, et donnant des indications positives sur les divers temps de l'opération, sur les soins à donner aux malades; nous voulons parler de l'*autoplastie par glissement* de Jobert, de Lamballe (2).

Jobert, regardant comme une cause de non-réussite le tiraillement opéré sur les bords de la fistule, y a remédié en incisant le vagin à son insertion sur le col de l'utérus; de cette manière le vagin, qui est séparé de la vessie par un tissu cellulaire assez lâche, glisse sur cet organe, et les lèvres de la plaie se rapprochent sans bifficulté.

Pour opérer les fistules vésico-vaginales, Jobert place les malades sur le dos, dans la position de la taille.

Au moyen d'un spéculum univalve et de deux leviers plus ou moins coudés (fig. 257, 258 et 259), la fistule est mise à jour, puis on procède à l'abaissement du col utérin vers la vulve, qui peut être considéré comme le premier temps de l'opération.

L'abaissement du col se fait graduellement au moyen de deux pinces de Museux ou d'érignes doubles (fig. 260). De cette manière, la fistule apparaît au niveau de la vulve et rend l'opération beaucoup plus facile.

Si la fistule est très-grande, Jobert incise au niveau du col l'insertion du vagin, et il ne craint pas d'enlever une portion des fibres superficielles du col. Mais ce temps de l'opération peut parfaitement être supprimé si la fistule n'est pas trop grande et si les lèvres semblent pouvoir facilement se rapprocher.

(1) Vidal (de Cassis), *l'Expérience* 1838, n° 17; *Traité de pathologie externe*, 5e édition. Paris, 1861, t. V, p. 54.

(2) Jobert, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1846-1847, t. XII, p. 493, et *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849.]

L'avivement de la fistule se fait avec un bistouri droit boutonné, des ciseaux droits ou courbes, et avec une longue pince à disséquer offrant des dents saillantes. Jobert conseille de commencer toujours l'avivement par la lèvre la plus difficile à saisir ; mais, un point sur lequel il insiste beaucoup, c'est de ne pas craindre d'aviver largement, d'avoir de larges surfaces saignantes ; aussi Jobert enlève-t-il la muqueuse et le tissu du vagin en touchant un peu la muqueuse vésicale ; cet avivement constitue ce que l'on a appelé *avivement en entonnoir profond.*

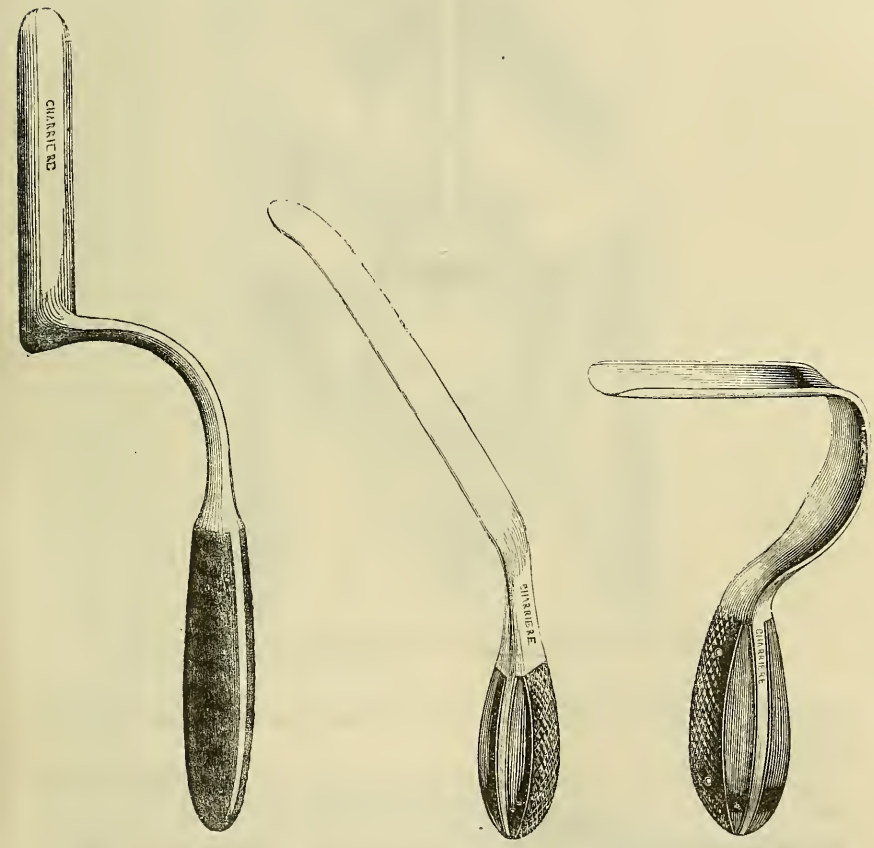


Fig. 257. — Valve antéro-postérieure de M. Jobert.

Fig. 258. — Une des deux valves latérales de M. Jobert.

Fig. 259. — Valve antérieure de M. Jobert.

Les fils, qui doivent servir pour la suture, sont des fils de soie bien cirés, un peu plus volumineux que les fils à ligature ; dans quelques cas, M. Jobert emploie des fils du volume d'un lacet.

Pour passer les fils, on monte des aiguilles courbes sur le porte-aiguille (fig. 261 et 262), puis le chirurgien saisit avec une pince à griffes

la lèvre postérieure (fig. 263) et la traverse totalement du vagin vers la vessie. La lèvre postérienre traversée par l'aiguille, le chirurgien saisit avec la pince à griffe la lèvre antérieure et l'amène au-devant de la pointe de l'aiguille courbe, et avec une simple pression, on la traverse complétement de la vessie vers le vagin (fig. 264). Lorsque les deux lèvres sont ainsi fixées sur l'aiguille, on retire avec une pince ordinaire cette

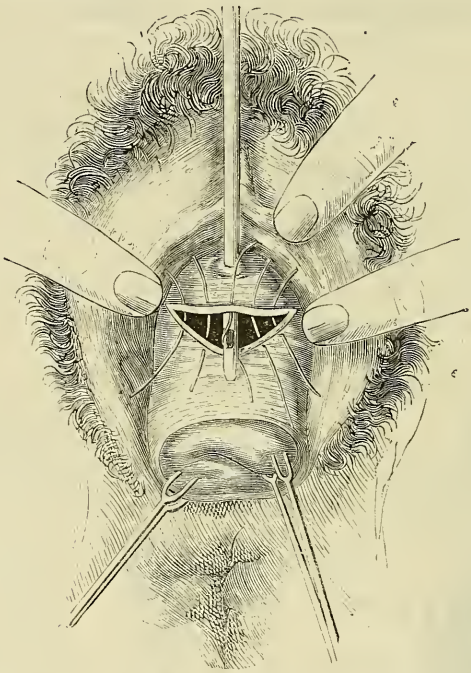


Fig. 260. — Opération de Jobert pour la fistule vésico-vaginale.

aiguille, et le fil ciré se trouve passé en formant une asne à concavité du col de la vessie.

Lorsque la fistule est située un peu haut, et qu'il est difficile de fixer de cette manière le point de suture, Jobert emploie un autre procédé : il introduit la sonde par le canal de l'urèthre, et vient l'appuyer sur la lèvre difficile à traverser. En pressant sur cette sonde, on fait sortir une aiguille armée d'un fil ; de cette manière, on traverse très-facilement les lèvres de la fistule.

Jobert n'est pas partisan des nombreuses sutures, puisque pour une fistule de plusieurs centimètres il ne veut plus que cinq fils. Lorsque tous les points de suture sont passés, on les noue, mais en les serrant modérément, de manière à amener en contact les deux lèvres de la fistule. Jobert pense qu'avec peu de fils et avec une constriction modérée, on

évitera une trop vive inflammation, et surtout des déchirures par tiraillement.

Lorsque l'opération est terminée, il faut introduire une sonde dont

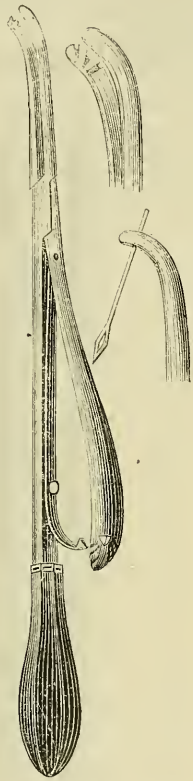


Fig. 261. — Porte-aiguille pour la suture des fistules vésico- et recto-vaginales.

Fig. 262. — Porte-aiguille.

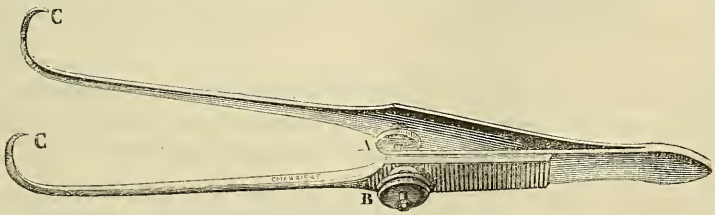


Fig. 263. — Pince à double crochet de Jobert (de Lamballe) pour attirer le col de l'utérus dans l'opération de la fistule vésico-vaginale(*).

l'importance est énorme, et qu'il faut surveiller avec le plus grand soin. Jobert emploie toujours des sondes ordinaires, que l'on fixe avec des pe-

(*) A, écrou interne servant à limiter le rapprochement des crochets C,C ; B,-écrou externe servant à immobiliser les deux crochets.

tits fils de coton, mais en laissant un peu de mobilité pour qu'elle ne presse pas contre la paroi postérieure de la vessie ni contre la suture (fig. 265).

Il faut changer souvent la sonde, pour qu'elle ne s'incruste pas de sels et pour que l'urine s'écoule toujours facilement.

Pour absorber le sang qui peut suinter de la plaie dans les quelques

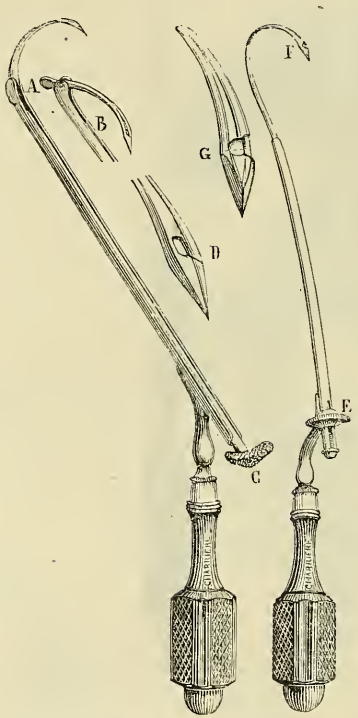


Fig. 264. — Aiguille à chas brisé de Jobert (de Lamballe) pour les sutures profondes (*).

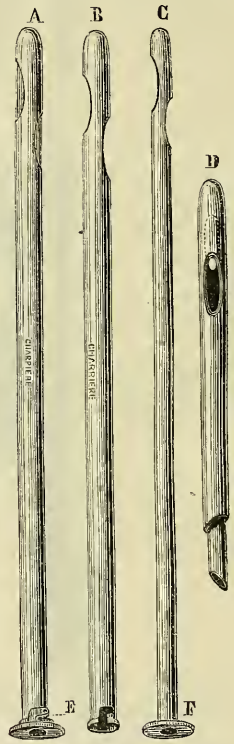


Fig. 265. — Sonde double de M. Brun (**).

heures qui suivent l'opération, Jobert place un tampon d'amadou qui ne doit séjourner que vingt-quatre heures; aussi doit-on l'attacher avec un fil pour qu'une douce traction permette de l'attirer au dehors.

(*) A, aiguille courbe dont le chas est fendu en avant, de manière à faciliter l'échappement du fil, en avant, quand l'aiguille a traversé les tissus. Une tige glissant à coulisse et poussée par un demi-anneau C, fait basculer cette aiguille, comme on le voit en B ; D, l'aiguille grossie ; F, le chas d'une autre aiguille pour le même usage, fermé par la tige E, dont l'extrémité est assez fine pour aller fermer, d'une manière très-solide, le chas dans lequel s'engage le fil, et que l'on détache de la manière la plus simple en reculant en sens inverse l'aiguille grossie.

(**) Composée, comme les cannules à trachéotomie, de deux tubes minces A, et réunis ensemble par un système à baïonnette E. — B et C représentent les deux tubes isolés dont les deux yeux ne sont pas à égale distance, de manière à pouvoir faire évacuer l'urine en les mettant en face de D, et à fermer la sonde entièrement à volonté. La canule interne se retire pour la nettoyer, sans déplacer l'interne.

Lorsque la suture vient d'être faite, Jobert explore le vagin avec son doigt, et cherche ainsi à se rendre compte s'il n'existe pas une trop grande tension ; dans ces cas, il pratique, pour y remédier, des incisions parallèles aux lèvres de la plaie, et qui intéressent la muqueuse du vagin.

Mais ces incisions libératrices, pas plus que l'incision du vagin sur le col de l'utérus, ne sont nécessaires, et, quoique cette méthode ait été appelée *autoplastie par glissement*, à cause de l'incision du vagin, Jobert y a renoncé, au moins d'une façon générale, et n'y a recours que lorsqu'il craint de voir la suture se déchirer.

Lorsque les malades ont été reportées dans leur lit, Jobert exige le décubitus dorsal, et fait placer sous leurs jarrets des coussins.

Pour retirer les fils, Jobert n'a pas d'époque fixe, il se guide sur l'état de la plaie ; en général, ce n'est jamais avant le cinquième jour, rarement c'est après le douzième.

Lorsque Jobert fit connaître son procédé, ce ne fut pas l'incision du vagin au niveau du col de l'utérus qui attira vivement l'attention ; ce furent les règles positives données par Jobert sur la manière d'examiner les malades et de mettre à jour la fistule, sur l'abaissement du col de l'utérus facilitant l'opération, sur la manière d'aviver les bords, sur le passage des points de suture, leur nombre, la manière de les serrer sur l'application du tampon, sur la sonde à demeure, qui firent que d'un simple procédé on créa une méthode désignée à juste titre aujourd'hui sous le nom de *méthode de Jobert*, ou *méthode française*.

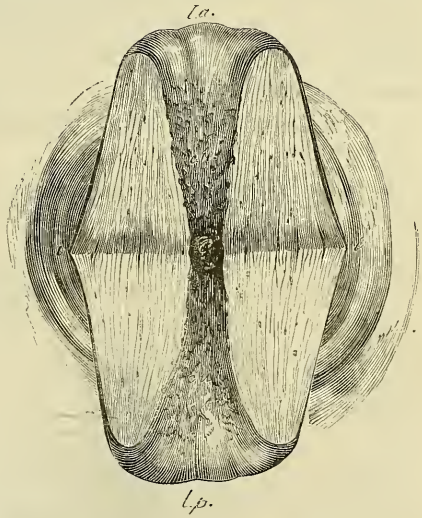


Fig. 266. — Fistules vésico-utérines. — Division du museau de tanche, du vagin et du col utérin (*).

A l'époque où Jobert publia son *Traité de chirurgie plastique*, on ne connaissait bien que les fistules vésico-vaginales, et ce ne fut que quatre années plus tard que cet habile chirurgien donna (1) une description des fistules vésico-utéro-vaginales profondes et superficielles, pour lesquelles il n'était pas possible d'employer l'autoplastie par glissement.

Pour les fistules vésico-utérines dans lesquelles le col n'est nullement altéré extérieurement, Jobert incise le col de l'utérus dans le sens des

(1) Jobert, *Traité des fistules vésico-utérines*. Paris, 1852.

(*) *l, a*, lèvre antérieure, *l, p*, lèvre postérieure; (Jobert de Lamballe.)

commissures (fig. 266) ; les incisions sont prolongées sur le vagin jusqu'à ce que l'on puisse, en relevant la lèvre antérieure, apercevoir dans l'intérieur du col l'orifice de la fistule. Aussitôt que cet orifice est bien reconnu, on relève la lèvre antérieure du museau de tanche, et l'on pratique l'avivement des bords de la fistule en taillant dans le tissu utérin. Lorsque l'avivement est bien complet, on passe des points de suture dans le sens où le rapprochement est le plus facile. Il suffit ensuite d'abandonner la lèvre antérieure pour que son propre poids la remette en contact avec la lèvre postérieure sans qu'il soit nécessaire de passer des points de suture.

Lorsque le col de l'utérus est détruit en grande partie, Jobert emploie un procédé tout différent.

Avant de l'exposer, nous rappellerons que dans les fistules vésico-utéro-vaginales superficielles, le col de l'utérus n'est jamais intéressé que très-superficiellement vers le col de la vessie, et présente alors la forme d'un T, tandis que les lésions de la vessie peuvent se présenter à deux degrés différents. Dans le premier, la perforation peut-être n'est pas très-considérable, et suit à peu près le décollement du vagin autour du col de l'utérus ; dans le second, le décollement circonférentiel du vagin se complique d'une véritable fistule vésico-vaginale qui s'étend dans la plus grande longueur de la cloison.

Dans le premier cas, Jobert avive la lèvre antérieure de la fistule, puis, avec un bistouri boutonné, il enlève toute la face antérieure du

Fig. 267. — Fistule vésico-utéro-vaginale (*).

col de l'utérus ; lorsque l'avivement est fini, il place, ainsi que le montre la figure 267, des points de suture entre la lèvre antérieure de la fistule

(*) *u*, urèthre ; *v*, cloison vésico-vaginale ; *c c c*, museau de tanche ; *s s*, union de la cloison avec le col de l'utérus par la suture. (Jobert, de Lamballe.)

et le col de l'utérus. Par ce procédé, la fistule se trouve fermée par le tissu utérin.

La figure 227 donne une idée nette de la disposition des parties dans

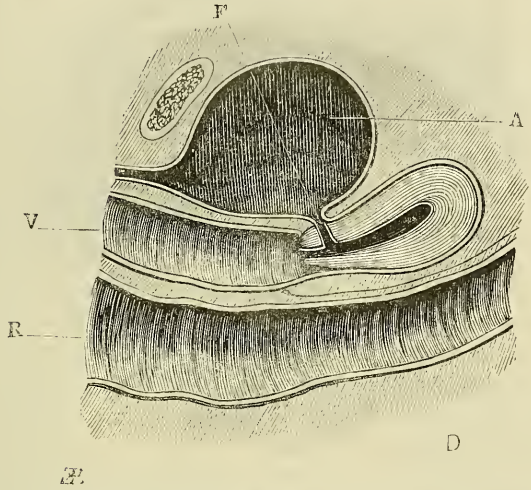


Fig. 268. — Fistule vésico-utérine sans complication de fistule vésico-vaginale. — Figure schématique (*).

les cas de fistule vésico-utérine sans complication de fistule vésico-vaginale.

Lorsque la fistule vésico-utéro-vaginale se complique de fente longitudinale, Jobert croit qu'il n'est pas possible d'obtenir la guérison en une seule séance; dans une première opération, il cherche donc à obtenir la réunion de la fente utéro-postérieure : lorsqu'il y est parvenu, il n'existe plus qu'un espace rétréci entre le col de l'utérus et la nouvelle cloison, que l'on traite comme dans le premier cas, en avivant et en suturant le col de l'utérus avec l'extrémité de la cloison nouvellement formée.

En étudiant l'anatomie pathologique des fistules vésico-utéro-vaginales profondes, nous avons vu que la lèvre antérieure du col de l'utérus était toujours détruite, et que le vagin était non-seulement détaché du col, mais que souvent il n'existait plus de cul-de-sac vaginal antérieur, ainsi que le montre la figure 269.

Il est facile de comprendre que dans un cas analogue il est impossible de rapprocher la lèvre *a* de la lèvre *b*, parce que la paroi antérieure du vagin *c* s'y oppose ; mais on peut chercher à fermer la fistule avec le reste du col de l'utérus. Pour cela, Jobert commence par aviver le bord *a* de la fistule, puis ensuite la lèvre postérieure *l p* du col de l'utérus, en excisant même les tubercules qui ont pu persister après la chute des eschares. Lorsque l'avivement est complet, on passe, dans la cloison vésico-vaginale

(*) A, vessie ; F, fistule ; R, rectum ; V, vagin. (Lane.)

ac, et dans le sommet du col de l'utérus, des anses de fil de soie que l'on

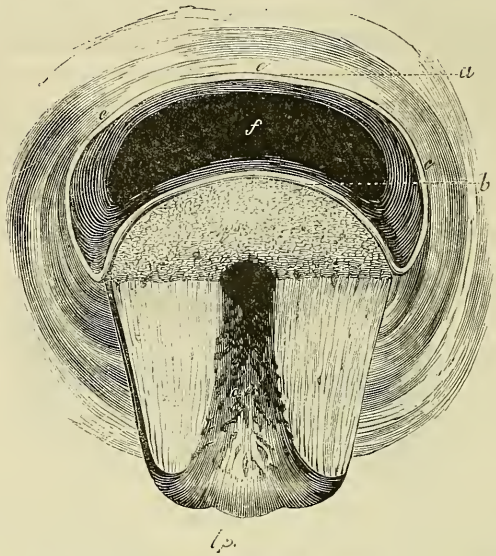


Fig. 269. — Fistules vésico-utéro-vaginales. — État des parties : on a supprimé sur le col utérin et sur la vessie à l'état normal une portion de cet organe (*).

noue, et de cette manière le col de l'utérus vient fermer la fistule de la même façon que le lambeau plantaire vient recouvrir la surface saignante des amputations partielles du pied.

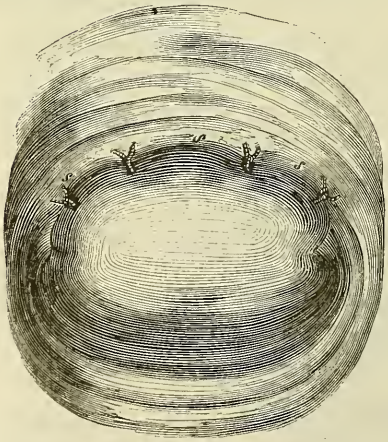


Fig. 270. — Fistule vésico-utéro-vaginale. — Fusion du col, qui fait désormais partie du vagin et de la vessie (**).

Cette opération, excessivement remarquable, a été vivement attaquée, quelquefois à tort, mais souvent aussi avec raison. L'inconvénient de rendre les femmes stériles est assurément peu sérieux, et il n'y a pas à hésiter entre les chances très-problématiques d'une grossesse et l'affreuse infirmité des fistules vésico-utérines (fig. 270).

Mais un reproche plus fondé qu'on peut adressser au procédé, ce sont les difficultés qu'il présente comme exécution. Jobert (de Lamballe) avait publié, il est vrai, des obser-

(*) *ece*, pourtour de la cloison vésico-vaginale ; *f*, ouverture vésicale faite avec le bistouri ; *lp*, lèvre postérieure du museau de tanche qui doit contribuer à fermer l'ouverture anormale. (Jobert, de Lamballe.)

(**) *sss*, union des restes de la cloison sur la lèvre postérieure du col de l'utérus. (Jobert, de Lamballe.)

vations d'un assez grand nombre de malades guéries par lui; mais les cas de succès obtenus par d'autres chirurgiens étaient tellement rares, qu'ils ont même pu être contestés. Un procédé qui n'était bon qu'entre les mains d'un seul homme, ne pouvait pas vivre : aussi le traitement des fistules vésico-vaginales était-il retombé parmi les questions les plus difficiles de la chirurgie, quand, à la fin de 1858, les chirurgiens américains vinrent faire connaître leurs procédés, et annoncèrent, les preuves en mains, que non-seulement on pouvait guérir toutes les fistules, mais que l'opération pouvait réussir du premier coup, et que, en somme, elle n'était pas plus difficile à pratiquer que toute autre opération.

W. Bozeman fut le premier qui parut en France. Les médecins qui suivaient les services de l'Hôtel-Dieu, en octobre 1858, peuvent se rappeler une séance mémorable qui ne dura pas moins de trois heures, et dans laquelle Bozeman opéra une malade du service de notre excellent maître, Alphonse Robert. Cette malade avait été déjà opérée deux fois, une première fois par Verneuil, une deuxième fois par Robert. Entre les mains du chirurgien américain, le succès fut complet. Toutefois, Bozeman n'était pas inventeur du procédé qu'il venait d'appliquer. Il n'avait fait que le modifier. Le véritable inventeur était Marion Sims, qui vint à son tour en Europe; et, comme les modifications de Bozeman n'ont pas été toutes conservées dans la pratique, c'est le procédé de Sims que nous nous contenterons d'exposer.

Le lit sur lequel on couche la malade est une petite table peu large, et assez basse pour que le chirurgien puisse être assis et ne soit pas obligé de lever les bras. Cette table est simplement recouverte par une couverture pliée en quatre et par un drap.

On place la malade dans le décubitus latéral gauche, le bras gauche couché en arrière appuie sur le dos, les cuisses sont pliées à angle droit sur le bassin. Dans cette position, il est presque impossible à la malade de se relever, parce qu'elle ne peut pas prendre de point d'appui sur son bras gauche.

La malade est rapprochée du bord de la table : un premier aide soulève la fesse droite, un second déprime la gauche, puis le chirurgien présente à l'entrée de la vulve le spéculum de Marion Sims (fig. 271 et 272).

Ce spéculum est une gouttière métallique un peu plus grosse à son extrémité, terminée en cul-de-sac, qu'au voisinage du manche. Cette gouttière est un peu courbée sur sa face dorsale pour qu'elle puisse bien prendre la conformation du sacrum, sur lequel elle s'appuie. Le manche est un peu courbé et se termine par une autre gouttière d'une dimension différente. Ce spéculum est excessivement brillant, aussi renvoie-t-il le jour comme un véritable miroir.

En supposant la malade couchée sur le dos dans la position dite *de la taille*, qui est la position classique en France, on place le spéculum

(fig. 271) de la manière suivante : soit la partie convexe sur la paroi vésico-vaginale pour éclairer la cloison recto-vaginale, soit, au contraire, la partie convexe reposant sur la paroi rectale pour éclairer le côté vésical. Dans le premier cas, un aide placé à gauche de la malade tient à pleine main le manche du spéculum, et relève l'extrémité de la gouttière; dans le second, l'aide est à genoux à droite de la malade, et presse en sens inverse sur l'extrémité de cette même gouttière.

Lorsque le vagin est très-large, la lumière diffuse suffit pour l'éclairer; mais,

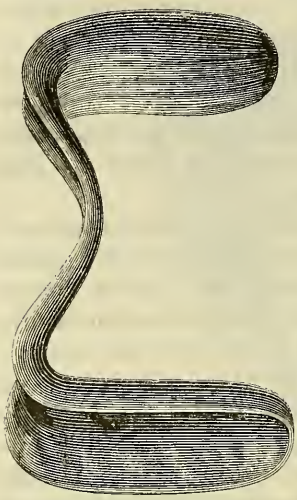


Fig. 271. — Spéculum en fer à cheval de Marion Sims.

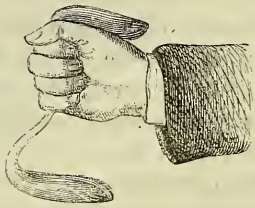


Fig. 272. — Manière de tenir le spéculum de Marion Sims.

s'il y a quelque rétrécissement, Sims conseille de placer un miroir capable d'envoyer un rayon de soleil.

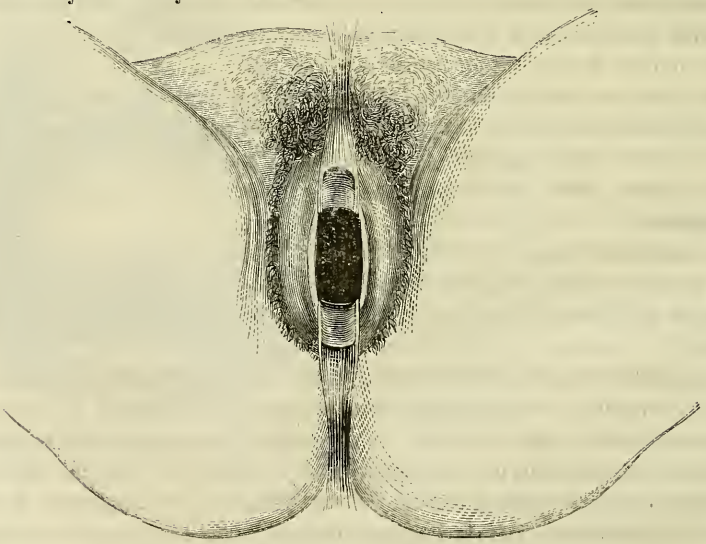


Fig. 273. — Placement du spéculum.

Si la fistule est très-profonde, Marion Sims emploie quelquefois une petite spatule analogue à l'écarteur de Jobert.

Pour remplacer avantageusement et le spéculum américain et les écarteurs de Jobert, nous signalerons le spéculum fabriqué par M. Mathieu sur les indications de Denonvilliers (fig. 274, 275); c'est la gouttière mé-

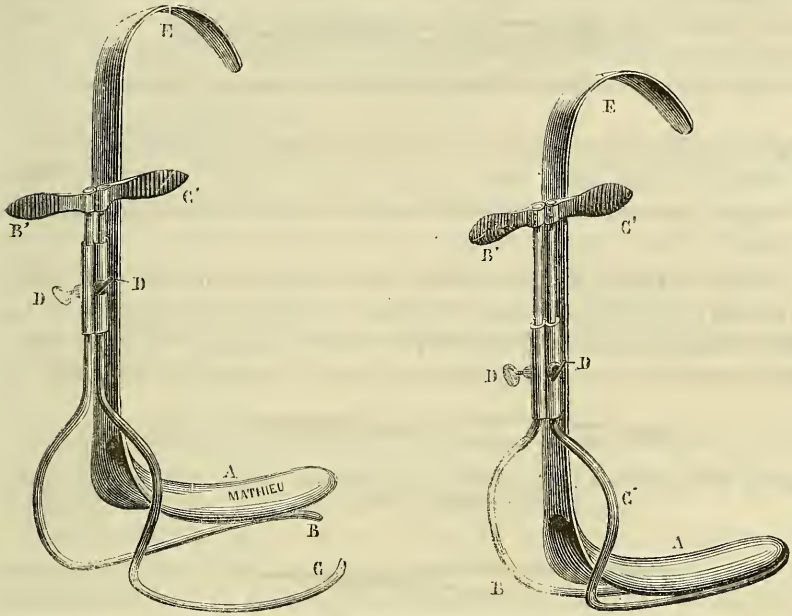


Fig. 274, 275. — Spéculum de Denonvilliers (*).

tallique de Sims, à laquelle est accolée de chaque côté une branche métallique. Ces branches se continuent le long du manche pouvant, au moyen d'une vis, s'abaisser et s'écarter de chaque côté de la gouttière. En sorte que le spéculum présente tout à la fois les avantages d'une lame étroite

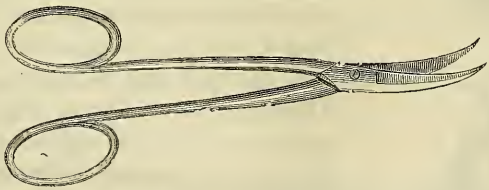


Fig. 276. — Ciseaux longs, recourbés sur leur plat, à pointes très-tranchantes et très-effilées, de Marion Sims.

pour l'introduction, d'un spéculum beaucoup plus large quand il s'agit d'examiner. Il met en outre à même de se passer des écarteurs.

L'avivement des bords de la fistule se fait principalement avec les ci-

(*) A, gouttière, ou spéculum ; B et C, doubles leviers qui servent à écarter les parties vaginales ; B' et C', manches des leviers ; D, D, vis de compression qui fixent les deux leviers au point d'écartement voulu ; E, crochet ou manche de l'instrument.

seaux courbes (fig. 276); il faut cependant avoir un bistouri droit (fig. 277), et deux bistouris coudés, l'un à droite, l'autre à gauche, ou un seul bistouri à lame mobile (fig. 278).

Fig. 277. — Bistouri en fer de lance droit porté sur une longue tige. (Marion Sims.)

Fig. 278. — Bistouri en fer de lance mousse, convexe sur le tranchant et articulé. (Marion Sims.)

Lorsque la fistule est bien visible, que ses angles sont bien nets, voici la manière dont Sims pratique l'avivement : il fait sur un des points de la fistule une petite incision verticale qui intéresse jusqu'à la couche musculo-vasculaire; avec une érigne en forme de crochet (fig. 279, 280), il

Fig. 279. — Érigne-crochet mousse, de Marion Sims, pour faire l'incision et faciliter le passage de l'aiguille à travers les lèvres de la plaie.

Fig. 280. — Érigne-crochet en pointe, de Marion Sims.

saisit une lèvre de cette petite incision, passe sous cette érigne les ciseaux courbes dont la convexité repose sur la base du pli, et d'un coup de ciseaux il taille un lambeau à base adhérente (fig. 281); il détache alors le petit crochet qui se trouve au sommet du lambeau, et vient le fixer à la base qu'il vient de former; puis, d'un nouveau coup de ciseaux, il continue à disséquer son lambeau, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il arrive à un des angles de la fistule, ou il enlève totalement son lambeau, qui représente exactement le contour d'une des lèvres de la fistule : en opérant de la même manière sur l'autre lèvre, l'avivement se trouve complet.

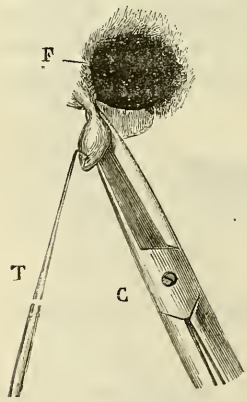


Fig. 281. — Avivement de la fistule (*).

En opérant de cette manière, Sims pratique l'avivement de la fistule en quelques minutes; mais la rapidité du

(*) T, tenaculum soulevant la partie que l'on veut exciser par l'avivement ; C, ciseaux coupant pour aviver ; F, surface avivée.

procédé de Sims tient beaucoup plus à la main excessivement habile de l'opérateur qu'au procédé.

Dans l'avivement des fistules, Marion Sims ne touche jamais à la muqueuse de la vessie; il n'enlève qu'un lambeau de vagin, et donne de cette manière un aspect d'entonnoir à la fistule, mais d'un entonnoir très-évasé, car Marion Sims recommande de ne pas craindre d'enlever un large lambeau, surtout aux angles de la fistule, où le tissu inodulaire se trouve toujours en grande quantité.

Dès qu'un coup de ciseaux a été donné dans le tissu du vagin, le chirurgien se trouve toujours un peu gêné; aussi faut-il pouvoir éponger facilement les bords de la plaie, Marion Sims préfère, aux éponges adaptées sur des bouts en bois, des morceaux d'éponges adaptées dans de longues pinces fermées par un coulant qui rapproche les deux nœuds (fig. 282).

Fig. 282. — Porte-éponges à coulant de Marion Sims.

Lorsque l'avivement est achevé, le premier temps de l'opération est fait, et l'on passe au deuxième temps, le passage des fils, qui diffère beaucoup de ce que nous avons vu faire dans le procédé français.

Sims a changé la nature des fils : au lieu de fils de soie, il emploie des fils d'argent depuis 1845, et, au lieu de traverser complétement la cloison vésico-vaginale, et de faire sortir les fils dans la vessie, il ne leur fait traverser que la moitié de l'épaisseur de cette cloison, et les fait ressortir au milieu de la surface saignante.

Pour passer les fils, Sims se sert de petites aiguilles très-courtes

Fig. 283. — Aiguille à suture de M. Marion Sims.

(fig. 283) que l'on saisit avec des pinces à branches très-longues et à mors très-courts.

Dans le chas des aiguilles, Sims passe un double fil de soie excessive-

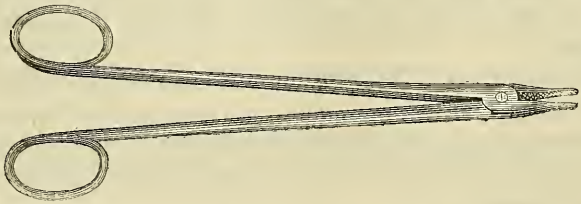


Fig. 284. — Pince porte-aiguille à mors allongés et articulés très-près de leur extrémité, modèle Denis. (Marion Sims.)

ment mince, dont l'anse se trouve du côté opposé à la pointe de l'aiguille,

et dirige cette aiguille avec une forte pince à anneaux dont les mors sont excessivement petits (fig. 284, 285). On soulève avec l'érigne-crochet une

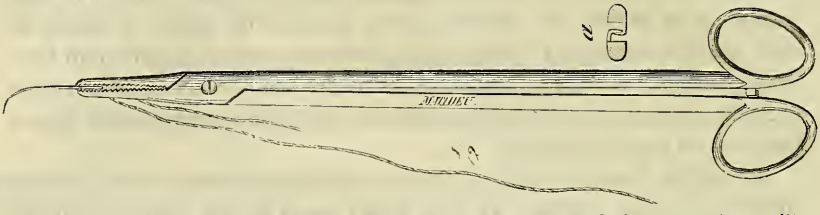


Fig. 285. — Pince porte-aiguille à mors allongés et articulés très-près de leur extrémité, modèle Mathieu. — Crochet des manches pour fixer les pinces.

des lèvres de la plaie, et l'aiguille est enfoncée perpendiculairement à 1 centimètre du bord de la fistule; après un court trajet dans les tissus, on fait basculer l'aiguille sur une petite fourche à branches mousses (286) pour la faire sortir au niveau du liséré marquant la limite de la

Fig. 286. — Petite fourche à branches mousses de Marion Sims pour faciliter le passage de l'aiguille à travers les lèvres de la plaie.

muqueuse vésicale. Pour dégager l'aiguille, on saisit la pointe avec une pince (fig. 287), et on l'extrait; puis on répète, avec la même aiguille,

Fig. 287. — Pince de Marion Sims pour dégager l'aiguille.

dans la lèvre opposée, mais en sens inverse, la même manœuvre (fig. 288, 289).

Lorsqu'un fil est passé complétement, on enlève l'aiguille et on fixe les deux bouts réunis dans des entailles que l'on a faites sur une petite tige de bois; de cette manière, on peut passer plusieurs fils sans craindre de les confondre.

Lorsque tous les fils de soie ont traversé les lèvres de la plaie, on reprend le premier, et l'on passe dans son anse un fil d'argent que l'on tord légèrement, puis, soutenant ce fil d'argent, on tire l'extrémité libre du fil de soie, qui entraîne le fil métallique et lui fait traverser les deux lèvres de la fistule.

On peut encore introduire les fils à l'aide de l'aiguille tubulée de Startin (fig. 290 et 291). Cet instrument, qui est très-commode, abrége considérablement le temps que l'on emploie ordinairement pour le passage

des fils. Seulement il est nécessaire d'avoir des aiguilles de courbures différentes et aussi quelques-unes formant un angle droit avec le manche à la façon de l'aiguille à ligature de Deschamps pour le cas où il est nécessaire de faire une suture transversale.]]

Lorsque tous les fils sont passés, la fistule présente l'aspect que nous montre la figure 292, empruntée à Monteros (1).

Pour fixer les sutures. ce qui constitue

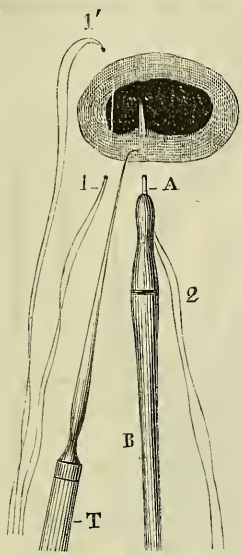


Fig. 288. — Suture, 1er temps (*).

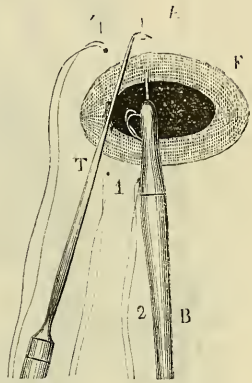


Fig. 289. — Suture, 2e temps (**).

le troisième temps, Sims tord les fils d'argent de la manière suivante :

Il saisit avec la main droite le fil d'argent et le passe dans la cannelure du fulcrum (fig. 293) qu'il tient de la main gauche. Ce fulcrum, qui n'est autre chose qu'une petite sonde cannelée montée sur une tige un peu forte, est amené jusqu'au contact de la plaie, puis Sims opère une légère traction sur les fils d'argent, qui, par une traction réfléchie sur la cannelure de ce fulcrum, rapprochent exactement les lèvres de la fistule (fig. 294). Lorsque ce rapprochement est obtenu d'une façon bien exacte, Sims saisit les deux fils, rassemblés dans la cannelure du fulcrum, avec une pince à mors plats et coudés (fig. 295), les coupe au delà de la pince, puis fait exécuter à l'instrument une dizaine de tours de rotation, en tirant toujours sur les fils (fig. 296, 297), jusqu'à ce que la torsion arrive au

(1) Monteros, *Essai sur le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme*, thèse inaugurale, 1 vol. in-8 orné de 17 planches et plusieurs figures lithographiées.

(*) A, aiguille traversant la membrane muqueuse et venant sortir au-dessous d'elle, pour entrer dans le point opposé ; B, pince porte-aiguille ; I, tenaculum soutenant le bord de la fistule pour faciliter le passage de l'aiguille.

(**) Aiguille qui a traversé la membrane muqueuse et venant sortir au-dessus d'elle ; B, pince porte-aiguille ; T, tenaculum.

niveau du support; la suture est alors achevée, pour un fil, il ne reste plus qu'à opérer de même pour chacun des autres, ce qui donne assez bien à la fistule l'aspect représenté dans la figure 298.

Dans quelques cas, Sims emploie un autre mode de suture : au lieu de tordre les fils, il fait, avec l'extrémité libre d'un des fils, un nœud coulant

Fig. 290. — Aiguille tubulée ordinaire (*).

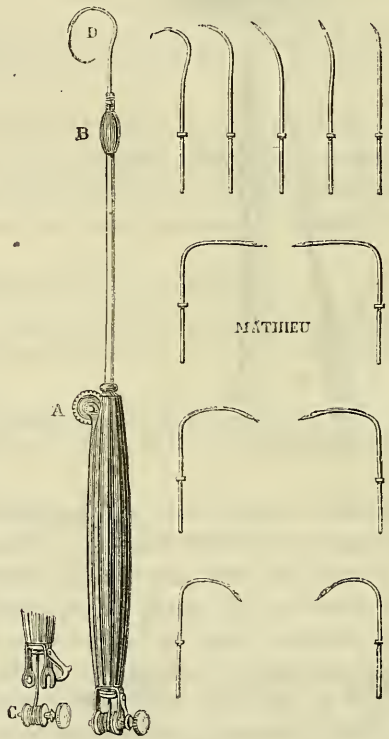


Fig. 291. — Aiguille tubulée coudée (**).

dans lequel il passe l'autre extrémité, puis, après avoir rapproché les bords de la fistule, il rétrécit le nœud, et, pour le fixer, il renverse le fil libre du côté opposé.

Quant au nombre des points de suture, Sims s'éloigne entièrement de Jobert, et conseille de placer les sutures à 5 ou 6 millimètres les unes des autres; et l'on comprend la quantité de points de suture qu'exige une

(*) Un mécanisme inventé par M. Mathieu est adapté au manche de l'instrument pour faire cheminer le fil dans la cavité de l'aiguille.

(**) Aiguille tubulée pour les sutures transversales.

fistule de dimension un peu considérable. Sims recommande particulièrement d'appliquer des points de suture dans les angles de la plaie; aussi

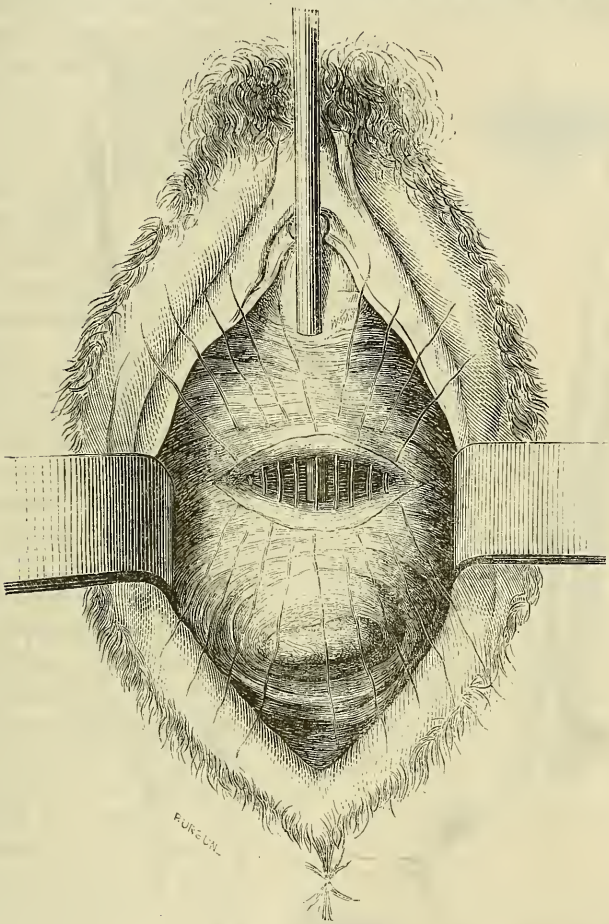


Fig. 292. — Opération de la fistule vésico-vaginale proprement dite. (Monteros.)

évite-t-on de cette manière les encoches qui pourraient laisser suinter l'urine.

Lorsque l'opération est terminée, la malade est reportée à son lit et

Fig. 293. — Fulcrum, ou petite fourche légèrement convexe pour faire glisser les fils, les réfléchir et les fixer.

placée dans le décubitus dorsal, les genoux un peu élevés et supportés par des coussins, puis on applique une sonde à demeure. La sonde employée

par Sims n'est pas une sonde de caoutchouc ordinaire, mais une sonde d'étain ou d'aluminium (fig. 299) ayant la forme d'une *s* allongée qui a

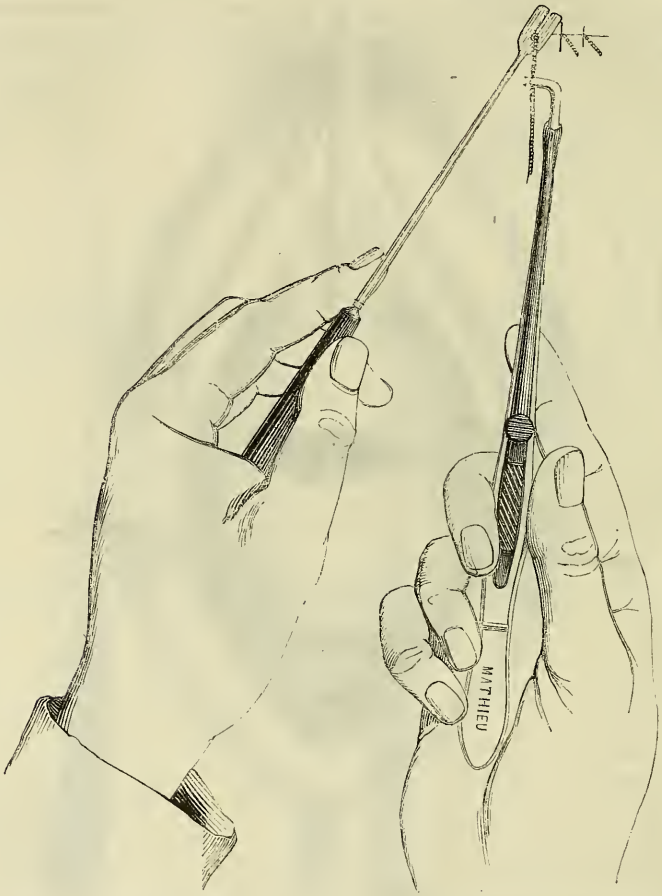


Fig. 294. — Torsion du fil métallique.

l'avantage de se maintenir en place sans liens, et de ne pas arc-bouter

Fig. 295. — Pince à mors plats minces et coudés pour tordre les fils.

contre le fond de la vessie, puisque son bec est relevé. Il faut avoir soin d'enlever la sonde deux fois par jour pour la nettoyer.

Quant aux soins consécutifs, il faut mettre la malade à l'usage des

viandes rôties, et, au besoin, prévenir les garde-robes par l'emploi de préparations de morphine.

Pour enlever les fils, Sims attend jusqu'au huitième, dixième, ou même douzième jour ; il place la malade sur le côté, introduit un petit spéculum, et coupe un des côtés de l'anse avec une paire de ciseaux (fig. 301), puis, tirant sur le bout, il retire la boucle entière (fig. 302).

Lorsque tous les fils sont retirés, il est nécessaire de laisser la sonde à demeure pendant cinq ou six jours.

Le procédé que Bozeman a fait connaître en 1858 est le même que celui de Sims; seulement il est beaucoup moins parfait; aussi ne ferons-nous qu'exposer les points qui le font varier.

Au lieu de poser la malade dans le décubitus latéral, Bozeman la faisait placer sur les genoux et les coudes. Cette position rend l'exploration des parties plus facile que dans le décubitus dorsal ; de plus, les hernies vésicales se réduisent de suite, et l'écoulement des eaux se fait dans la vessie au lieu d'obstruer le vagin ; mais elle a le grand inconvénient de fatiguer excessivement les malades et de les priver des bienfaits de l'anesthésie.

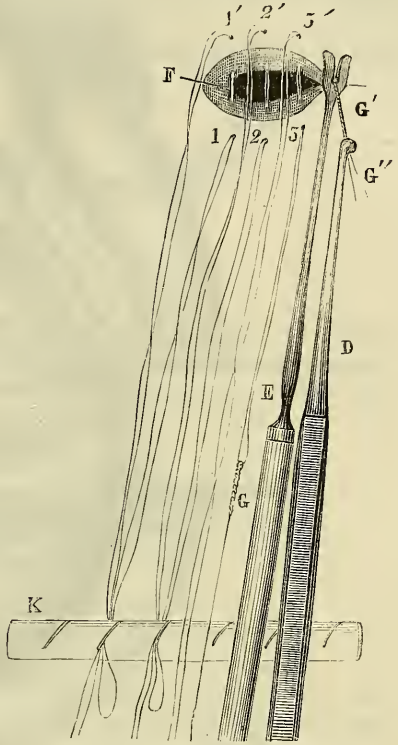


Fig. 296. — Suture, 3e temps (*).

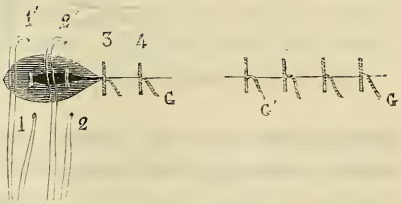


Fig. 297. — Suture (**).

Le spéculum de Bozeman n'était pas aussi parfait que celui de Sims, parce qu'il ne présentait pas de courbure et que la tige était à angle droit avec la gouttière ; Sims, dans une leçon faite à la Charité, a montré très-nettement les inconvénients de l'instrument construit de cette manière.

(*) D, bec de cane servant à la torsion de fils métalliques ; E, fourche fixant les fils métalliques au point où leur torsion doit s'arrêter ; G, G, fil métallique entraîné par une anse d'un fil de soie.
(**) G, bouts d'un fil métallique tordu et coupé.

Pour pratiquer l'avivement, qui ne portait que sur la muqueuse vaginale, Bozeman saisissait les tissus avec une pince à griffes et les dissé-

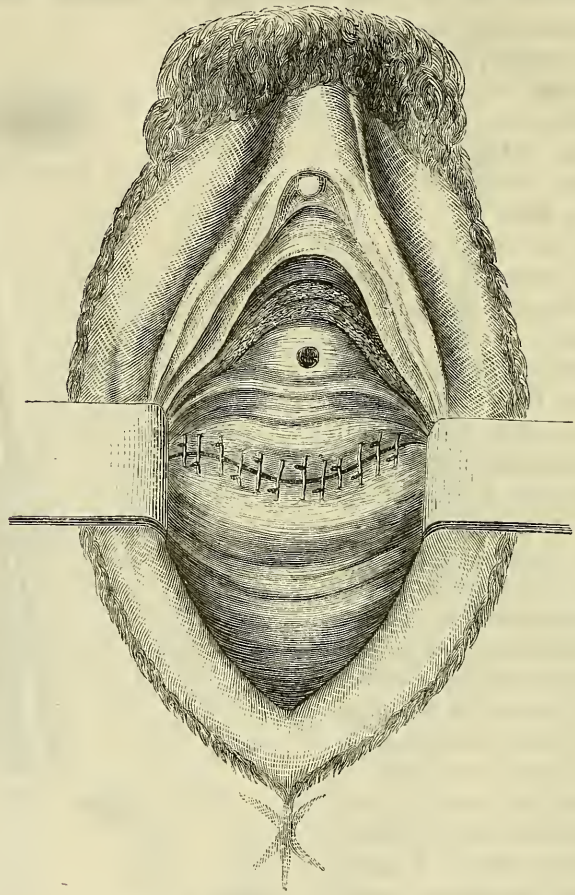


Fig. 298. — Fistule vésico-vaginale. — Aspect après l'opération : les fils sont coupés ras.

quait à petits coups de bistouri. En agissant ainsi, Bozeman arrivait au même résultat que Sims; mais, au lieu d'une demi-heure que dure l'opé-

Fig. 299. — Sonde d'étain de Marion Sims (modèle Denis, de Bruxelles).

ration entière, pratiquée par cet habile chirurgien, Bozeman mettait plus d'une heure pour pratiquer l'avivement seul des bords de la fistule; tout le monde fut frappé de cette différence : malheureusement elle ne dépend ni des procédés ni des instruments, mais bien de la main du chirurgien,

et nous sommes d'autant plus de cet avis qu'il est excessivement difficile de disséquer un lambeau autour d'une fistule sans le couper, et que nous avons vu des chirurgiens forts habiles vouloir suivre le procédé de Sims et ne faire en réalité que celui de Bozeman.

La suture qu'employait Bozeman était complétement différente de celle

Fig. 300. — Sonde de Marion Sims, modèle Charrière (*).

de Sims. Après avoir réuni la suture, non pas au moyen du fulcrum, mais en passant les deux bouts de fil d'argent dans un ajusteur, qui consiste en une petite plaque ronde percée d'un trou, Bozeman prenait une

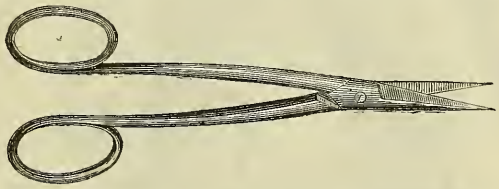


Fig. 301. — Ciseaux de Marion Sims pour l'enlèvement des sutures.

plaque de plomb de la longueur de la fistule et de 1 centimètre de largeur; puis il pratiquait sur cette plaque des trous éloignés l'un de l'autre comme les points de suture. Lorsque cette plaque était préparée, Bozeman passait chacun des fils dans un des trous de la plaque, pressait sur la plaque à diverses reprises pour la mouler exactement; puis il passait chaque paire de fils dans des petits anneaux de plomb percés d'un trou, qu'il glissait jusqu'au contact de la plaque, et qu'il maintenait en les écrasant avec un davier.

Cette suture, appelée *suture en bouton*, appartenait entièrement à Bozeman; il l'avait instituée pour remplacer le procédé en crampon que lui avait indiqué Sims. Le grand avantage de cette plaque était de parfaitement protéger les parties de l'action des liquides du vagin, et d'immobiliser assez bien les tissus; mais elle avait l'inconvénient d'être assez longue à préparer, et surtout d'opérer des tiraillements de côté sur les fils, si les trous de la plaque ne correspondaient pas exactement aux points de suture.

Le manuel opératoire du procédé américain s'applique très-bien aux

(*) D, extrémité de la sonde percée de trous; E, oreilles de la sonde; F, ouverture de la sonde; G, gorge de la sonde.

remarquables méthodes instituées par Jobert pour guérir les fistules vésico-utéro-vaginales profondes et superficielles.

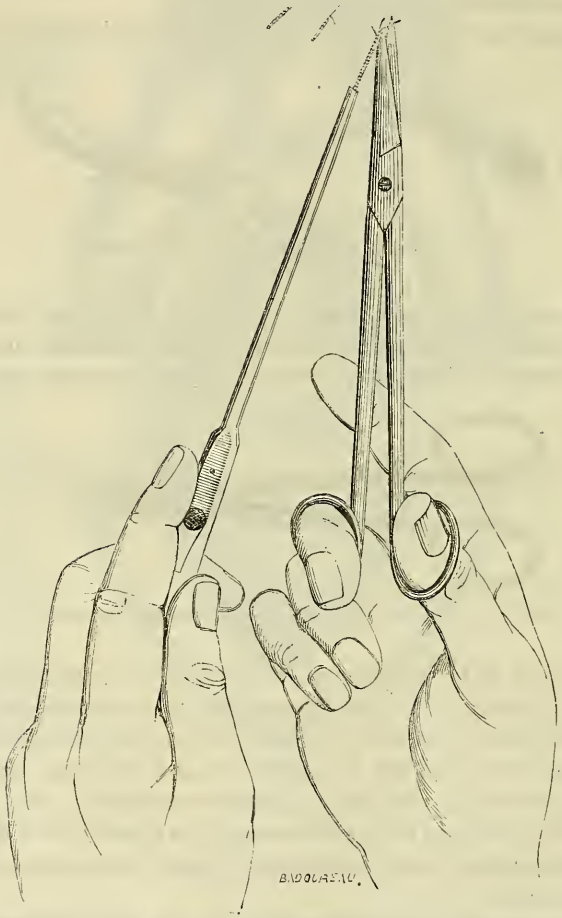


Fig. 302. — Manière d'enlever les fils.

Nous n'entrerons dans aucun détail sur les opérations destinées à lutter contre ce genre de fistule; il suffit de pratiquer l'avivement en entonnoir, et de remplacer les fils de soie par des fils métalliques que l'on passera en beaucoup plus grande quantité. En jetant un coup d'œil sur les figures 303, 304, 305, on se rendra parfaitement compte de ce que nous venons de dire.

La figure 306, qui représente une fistule vésico-utéro-vaginale superficielle avivée et traversée par les fils, et la figure 305 une fistule vésico-utéro-vaginale profonde dans la même condition, font bien voir que l'a-

vivement pratiqué sur la cloison vésico-vaginale et sur le col de l'utérus est semblable à ce que nous avons montré figure 292 pour les fistules vésico-vaginales simples ; mais, dans la figure 307, la lèvre postérieure du col de l'utérus et la vessie sont suturées, et l'on peut voir que, sauf un plus grand nombre de fils, cette réunion donne le même résultat que la figure 267, qui représentait un résultat obtenu par Jobert.

L'importation en Europe du procédé américain changea complétement

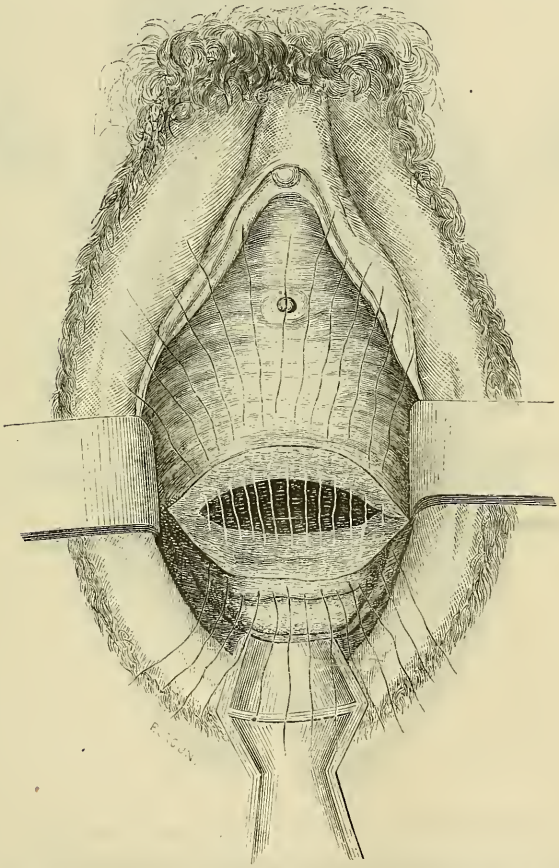


Fig. 303. — Opération de la fistule recto-utéro-vaginale superficielle. (Monteros.)

les opinions des chirurgiens français au sujet de la guérison des fistules vésico-vaginales; ce n'était plus la probabilité de guérir les fistules, mais bien la certitude que l'on annonçait, puisque sur 312 cas de fistules urinaires, Sims en avait guéri 260 et amélioré plusieurs autres.

Les chirurgiens français et anglais se mirent vite au travail et cherchèrent à se créer une opinion bien nette sur le nouveau procédé. Verneuil

publia (1) une critique excessivement remarquable des nouveaux procédés : il montra que, en 1834, Gonet (de Londres) avait opéré et guéri une malade par la suture métallique; que Mettauer (de Virginie), en 1830, opérait déjà la fistule vésico-vaginale en se servant de fils de plomb.

Le mouvement tout nouveau que prit la question des fistules vésico-vaginales engagea, G. Simon (de Rostock), en 1862, à faire connaître la suture qu'il employait depuis plusieurs années.

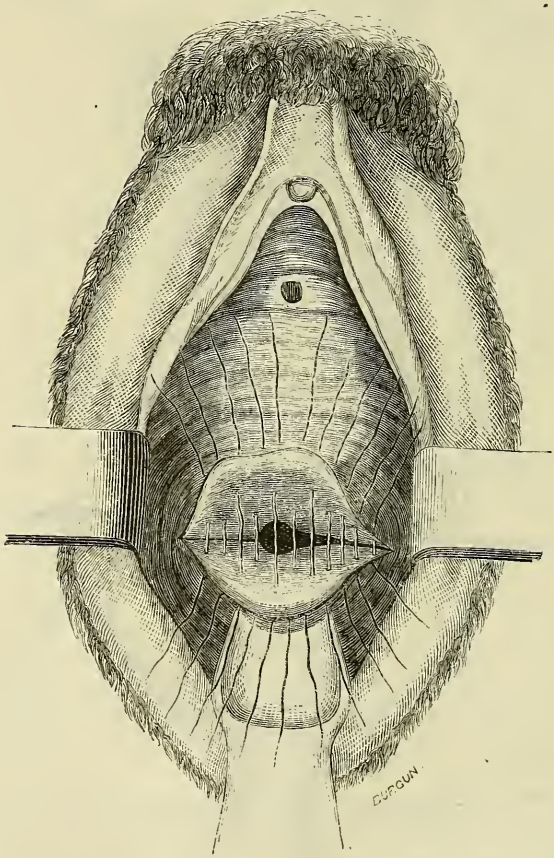


Fig. 304. — Opération de la fistule vésico-utéro-vaginale profonde (*).

Simon place les malades dans une position qu'il appelle *sacro-dorsale;* dans cette position, le sacrum est plus élevé que l'abdomen et la poitrine,

(1) Verneuil, *Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine* (*Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 7, 19, 55).

(*) La lèvre antérieure du col utérin a été complétement détruite ; la lèvre postérieure est avivée et réunie avec la cloison vésico-vaginale.

les cuisses sont rabattues du côté de l'abdomen et des parties latérales du thorax.

Pour mettre à jour la fistule, Simon se guide d'après la profondeur de la fistule et d'après l'état de solidité de l'utérus; si la fistule est très-profonde, et que l'utérus soit mobile, il attire, comme Jobert, le col au niveau de la vulve; mais, au lieu de se servir de pince de Museux, il passe

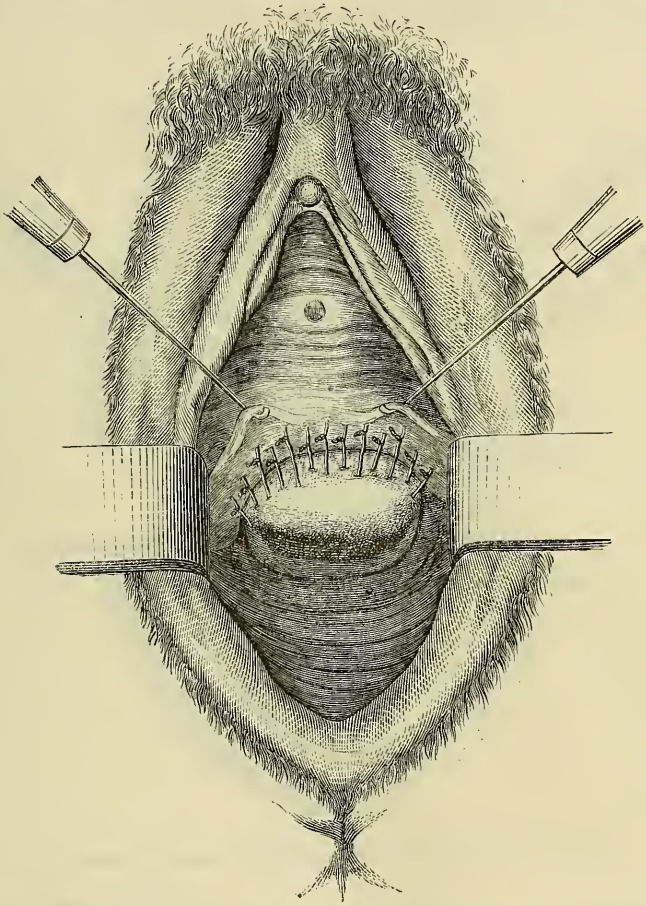


Fig. 305. — Opération de la fistule vésico-vaginale profonde (*).

dans le col deux anses de fil qui lui servent à maintenir l'utérus. Mais si la fistule est peu profonde, et qu'il y ait impossibilité de déplacer l'utérus, Simon emploie le spéculum en gouttière de Sims.

Quant à l'avivement, Simon réunit les procédés de Jobert et de Sims, c'est-à-dire qu'après avoir avivé toute l'épaisseur de la cloison, comme le

(*) La lèvre antérieure du col utérin est avivée et réunie avec la paroi vésico-vaginale.

fait Jobert, il pratique un avivement superficiel de la muqueuse vaginale. Le point auquel Simon attache une grande importance dans l'avivement des fistules est d'enlever complétement tout le tissu inodulaire, soit du côté du vagin, soit sur les bords de la muqueuse vésicale.

Le procédé de Simon, qui a été décrit sous le nom de *méthode allemande*, ne présente rien de nouveau dans la position des malades ni dans la ma-

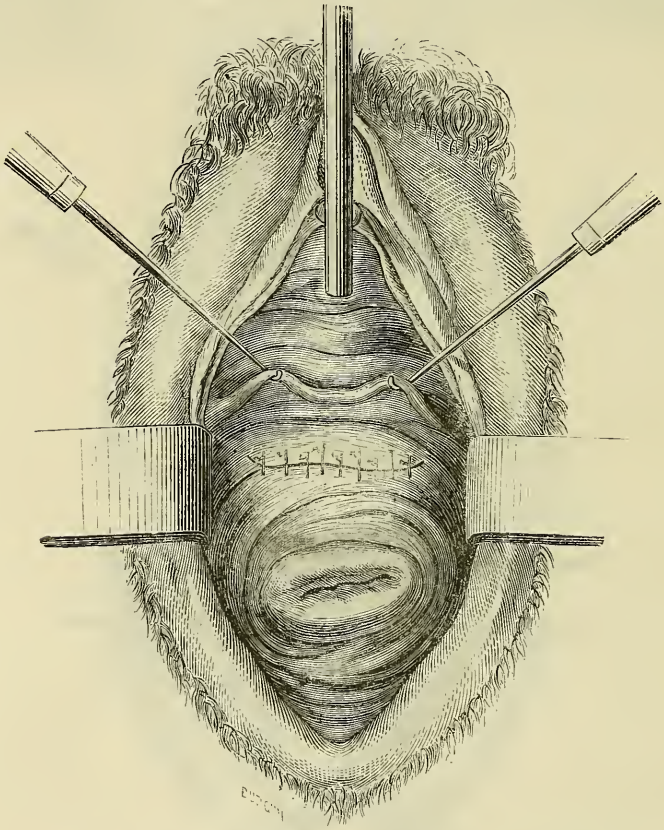


Fig. 306. — Opération de la fistule vésico-utéro-vaginale superficielle (*).

nière de mettre la fistule à découvert, ni dans l'avivement, puisque Simon ne fait que combiner plus ou moins les deux procédés américain et français; mais la réunion des bords rafraîchis est tout à fait différente.

Simon emploie des fils de soie très-fins, bien tendus et lisses; au lieu d'une seule rangée de fils, il en pratique deux. La première, appelée *suture de détension*, saisit les bords excessivement loin : elle a pour but, ainsi que son nom l'indique, d'empêcher la tension des bords de la fistule,

(*) La lèvre antérieure du col utérin est avivée et réunie par les fils avec la paroi vésico-vaginale.

tandis que la seconde, *suture de réunion*, réunit exactement les surfaces avivées. Les fils de la suture de détension doivent être introduits environ à un demi-centimètre des bords. Lorsque cette double suture est terminée, la fistule a l'aspect que nous montre la figure 307.

Dans les fistules vésico-utéro-vaginales superficielles et profondes, Simon avive le bord antérieur formé par la cloison dans une direction

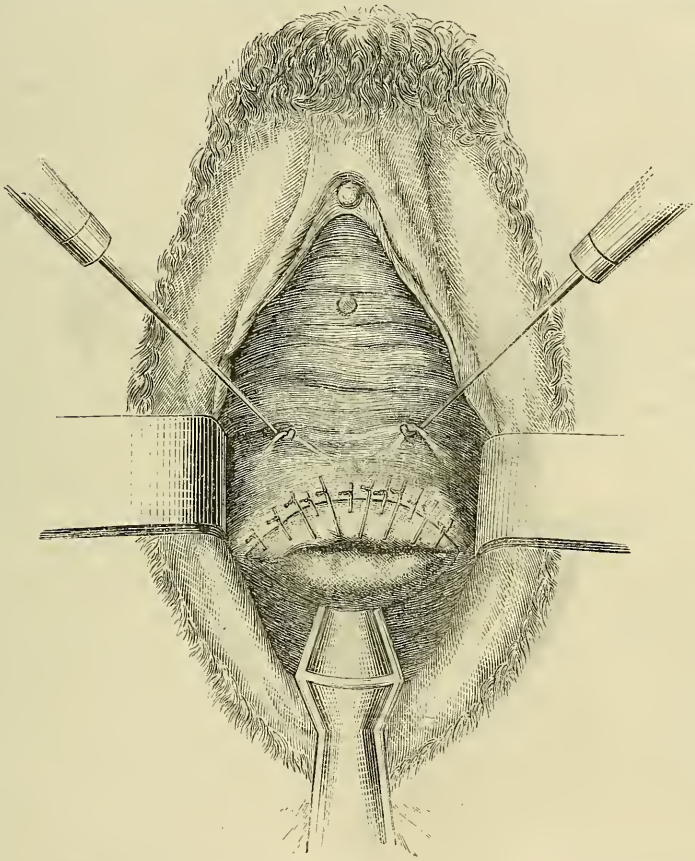


Fig. 307. — Opération de la fistule vésico-vaginale proprement dite. — Réunion des bords de la plaie par la suture.

très-oblique et de bas en haut vers l'orifice vésical. On avive de même la lèvre antérieure ou postérieure du col, qui doit avancer à la rencontre du bord antérieur déjà avivé (fig. 308).

Enfin, au lieu de se servir de la pince coudée de Sims, Simon réunit les fils avec un serre-nœud, qui lui paraît plus facile à manier.

Le procédé de Simon lui a fait obtenir de fort beaux résultats; mais nous consentirons difficilement à décorer du nom de *méthode* ce mélange franco-américain.

D'après l'exposé, aussi complet qu'il nous a été possible de le faire dans un ouvrage de cette nature, des méthodes française et américaine, nous croyons pouvoir passer en revue les avantages qui peuvent faire pencher pour l'une ou pour l'autre.

Lorsque Bozeman est arrivé en France, et qu'il a montré la position dans laquelle il plaçait les malades, le décubitus antérieur avait été ac-

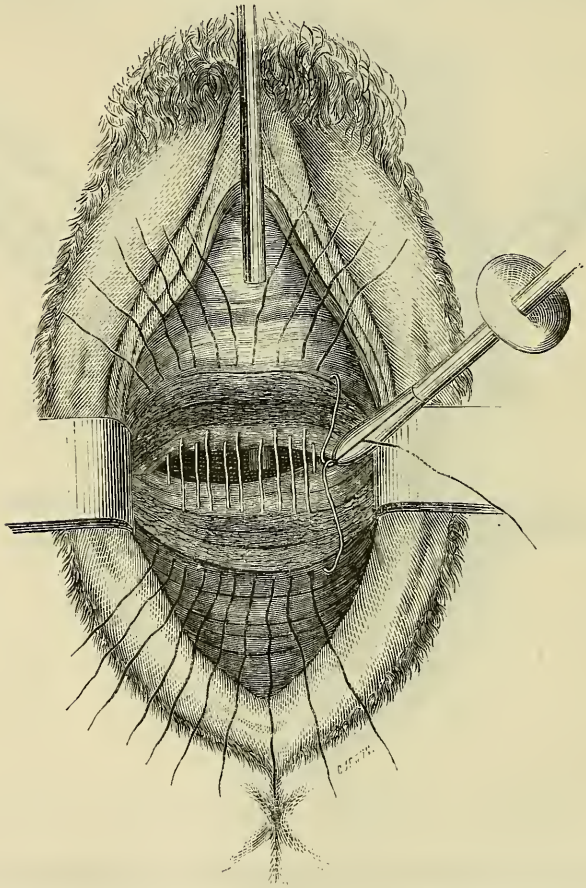


Fig. 308. — Opération pour oblitérer transversalement le vagin dans les grandes pertes de substance de toute la cloison vésico-vaginale. — Manière d'appliquer la suture.

cepté généralement, et nous le comprenons facilement, parce que l'on opère de haut en bas, ce qui est très-commode; de plus, en élevant le spéculum, toute la face inférieure de la vessie est découverte, et surtout on n'a pas à craindre le renversement de la vessie.

Le décubitus latéral de Sims est assez commode; mais malheureusement on est obligé de recourir quelquefois à des leviers latéraux pour mieux

explorer le cul-de-sac vaginal; mais cette position latérale est moins fatigante que le décubitus dorsal, et surtout que la position sur les genoux et les coudes, qui était presque un supplice.

L'avivement en entonnoir a le grand avantage de ne pas augmenter la perte de substance immédiate de la vessie; aussi a-t-on été obligé d'en reconnaître les avantages; seulement nous dirons que les Américains n'ont pas le mérite de l'avoir inventé, car Laugier, en 1828, avait déjà montré qu'il serait beaucoup plus rationnel de ne pas toucher à la vessie.

La question de la suture a pour nous une grande importance; mais nous attachons une bien plus grande influence à la manière dont on passe les fils qu'à la nature de ces fils.

Il n'y a pas un chirurgien qui n'ait souri en lisant que pour Sims le fil d'argent était la plus belle découverte chirurgicale du XIXe siècle; nous respecterons, sans la discuter, l'opinion du chirurgien américain; mais nous dirons que M. Labbé a rapporté (1) quelques expériences qui sont loin de faire conclure en faveur de l'opinion de Sims.

En lisant avec attention les diverses observations consignées, on est bien obligé de reconnaître que les effets produits par les diverses sutures sont à peu près les mêmes. Il est fort probable que les résultats obtenus en France par M. Labbé ont été les mêmes en Angleterre, car Baker Brown a renoncé aux fils métalliques pour ne plus employer que des fils de soie d'un assez gros volume.

Ce n'est donc pas sur la nature même des fils que nous appellerons l'attention, mais beaucoup plus sur la manière de les passer.

Dans le procédé français, les fils, traversant toute la cloison vésico-vaginale, pénètrent donc dans la vessie; tandis que, dans le procédé américain, les fils, ne comprenant que la moitié de la cloison, ne se trouvent nullement en contact avec la vessie, et par cela même avec l'urine. Des recherches faites sur la marche des plaies en contact avec l'urine ont prouvé que le liquide n'empêchait pas la cicatrisation; mais, malgré cela, nous pensons que ce liquide irritant aura quelque tendance à empêcher une réunion par première intention; de plus, si le fil déchire un peu les tissus, il se pourra que, l'urine filtrant par ce petit pertuis, on voie survenir une petite fistulette.

Nous avons vu que Jobert avait posé en principe le décollement du vagin sur le col, pour faciliter le rapprochement des lèvres de la fistule et les incisions libératrices pour empêcher le tiraillement des sutures; le décollement du vagin et les incisions, proscrits dans les nouveaux procédés, ont été défendus par Malgaigne et Richet. Malgaigne (2) a parfaitement prouvé qu'il ne fallait pas hésiter à pratiquer des débridements pour

(1) Léon Labbé, *Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires chez la femme par la méthode française*, thèse inaugurale. Paris, 22 mars 1861.

(2) Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, 7e édition. Paris, 1861, p. 768.

remédier aux tiraillements d'une suture, sous peine de violer une des premières indications de la chirurgie.

En résumé, nous croyons que le procédé américain est parfaitement bien combiné; mais si nous voulons bien chercher la cause de sa grande vogue, nous la trouvons dans l'assurance, que l'on n'a pas craint de nous donner, de toujours réussir; et nous devons convenir que les chiffres qui nous ont été apportés d'Amérique ne pouvaient que nous confirmer dans cette assurance.

Malgré les beaux succès obtenus en France d'après cette nouvelle méthode, un jeune chirurgien, M. Duboué (de Pau), ancien interne des hôpitaux de Paris, a institué un nouveau procédé autoplastique pour la guérison des fistules vésico-vaginales. Ce procédé, dit *autoplastique* ou *à lambeaux* (1), consiste d'une manière générale : 1° à dédoubler, par une dissection attentive, chacune des deux lèvres opposées de la fistule, tantôt en avant et en arrière, tantôt sur les côtés, suivant la disposition qu'affecte la fistule elle-même; 2° à écarter de chaque côté les deux surfaces saignantes ainsi obtenues, et à les affronter par des fils métalliques qui embrassent une étendue suffisante de tissus et traversent ceux-ci au niveau de la ligne d'union des pédicules des lambeaux vaginaux avec les lambeaux plus profonds intra-vésicaux; 3° à maintenir cet affrontement symétrique des tissus à l'aide d'un mode particulier de suture enchevillée qui puisse être laissée longtemps à demeure, sans exposer à la gangrène des lambeaux ni à tout autre inconvénient sérieux. Ajoutons que, dans le cas d'une fistule un peu étendue, dont le grand diamètre, par exemple, dépasse $0^m,03$, Duboué ne se borne pas à soulever des lambeaux qui obturent l'ouverture accidentelle tout entière, mais qu'il pratique en même temps un avivement simple sur les côtés, de manière à prévenir la persistance de petits pertuis aux deux extrémités de la ligne de réunion.

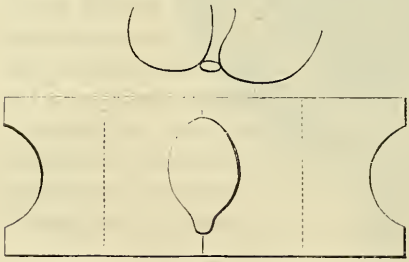


Fig. 309. — Premier temps (*).

Pour rendre plus intelligible la description des différents temps de cette opération, nous empruntons à l'auteur quelques-unes des figures qu'il a fait représenter, et dont nous aurons seulement à intervertir l'ordre.

(1) Voyez, pour le détail du procédé et des observations à l'appui, le mémoire de M. Duboué, intitulé : *Mémoire sur l'emploi d'un nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux dans l'opération de la fistule vésico-vaginale* (*Mém. de la Soc. de chir.*, 1865, t. VI, fasc. 3, p. 417). — Nous devons à l'obligeance de M. Duboué la communication des figures 309 à 323 et 327.

(*) Simple soulèvement de deux lambeaux latéraux dans le cas d'une fistule avoisinant le col utérin. — La figure représente les lambeaux étalés.

Supposons donc le cas le plus simple, celui d'une fistule de petite dimension, à grand diamètre antéro-postérieur. La figure 309 se rapporte à un cas rapporté dans le travail de Duboué, et permet de saisir, au premier coup d'œil, l'opération qui a été faite. Les lambeaux devant être pris sur les parties latérales de la fistule, on commence par en circonscrire la place par deux incisions transversales tracées au bistouri et situées l'une en avant et l'autre en arrière, à 2 millimètres chacune de la perte de substance. Ces deux lignes une fois tracées, à l'imitation de celles que pratique Verneuil dans l'exécution du procédé américain, on soulève un lambeau de chaque côté, en commençant la dissection par les petits angles qu'on obtient aux deux extrémités du diamètre antéro-postérieur de la fistule. Quant aux lambeaux qu'on a le soin de tailler assez épais pour en assurer la vitalité ultérieure, on leur donne une largeur de 1 centimètre à peu près, et on les laisse adhérer par des pédicules figurés par deux petits traits ponctués, et autour desquels on puisse les faire pivoter librement. Rien n'est dès lors plus facile que de soulever ces lambeaux, et d'appliquer l'une contre l'autre cette large surface saignante qui se trouve de chaque côté de l'ouverture fistuleuse à droite et à gauche du trait ponctué. On a ainsi deux lambeaux exactement adossés du côté du vagin et deux autres du côté de la vessie : c'est juste deux fois plus de tissus affrontés qu'on n'en a dans le procédé américain.

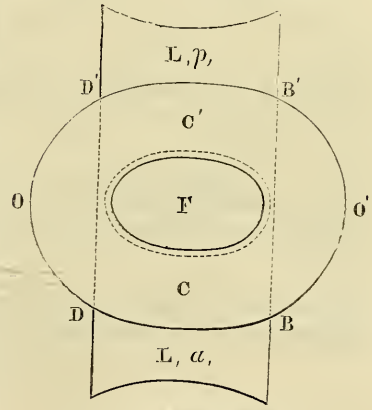


Fig. 310. — Premier temps (*).

Nous indiquerons plus loin la manière de faire passer et de fixer les fils métalliques. Mais voyons auparavant comment, dans les fistules plus étendues ou entourées de tissus peu vivaces, l'auteur combine l'avivement simple avec le soulèvement des lambeaux, tel que nous venons de le décrire. Supposons le cas d'une large fistule F (fig. 310) et à grand diamètre transversal. On commence par tracer au bistouri, de chaque côté de la perte de substance, les lignes droites BB', DD', et les lignes courbes BO'B', DOD'. On avive alors, comme dans le procédé américain, les surfaces comprises dans les arcs de cercle BO'B', DOD', puis on soulève successivement en avant et en arrière les lambeaux L*a* et L*p*, qui résultent du dédoublement des surfaces C et C' et qui restent adhérents par les pédicules DB et D'B'. L'affrontement des tissus s'opérera ainsi de telle

(*) Soulèvement de deux lambeaux antérieur et postérieur, combiné avec l'avivement simple des deux surfaces latérales DOD' et BO'B'. — L*a*, lambeau antérieur ; L*p*, lambeau postérieur.

façon que L*p* vienne s'appliquer surface saignante contre surface saignante sur L*a*, que C′ s'adosse contre C et la moitié supérieure des surfaces saignantes latérales contre leur moitié inférieure. Les lambeaux ont toujours 1 centimètre à peu près de largeur et recouvrent, comme on le voit, toute l'étendue de l'ouverture accidentelle.

La forme à donner aux lambeaux peut varier dans certains cas où l'on a intérêt à leur donner un pédicule large et bien nourri. Les figures 311 et 312 se rapportent à deux faits relatés dans le mémoire, et dans l'un desquels (celui de la figure 312) l'opération a été suivie de succès, malgré l'application infructueuse de deux opérations antérieures par le procédé américain; dans ces deux cas, un avivement simple a été pratiqué en avant et en arrière de la perte de substance. Comme terme de comparaison avec la figure 312, nous reproduirons ici la figure 313, qui montre le peu de largeur qu'auraient eu les lambeaux, si on les avait circonscrits par deux lignes droites, comme dans la figure 310.

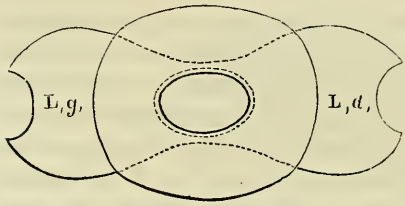


Fig. 311. — 1er *temps.* — Forme semi-elliptique donnée aux lambeaux gauche et droit, L*g*, et L*d*.

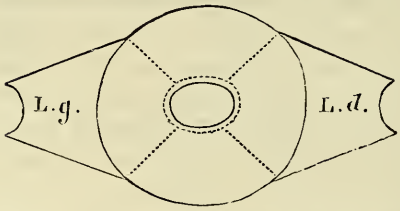


Fig. 312. — 1er *temps.* — Forme triangulaire donnée aux lambeaux, au lieu de la forme rectangulaire plus défavorable, représentée dans la figure 270.

Ce premier temps achevé, on procède au passage des fils, après avoir laissé saigner quelque temps la plaie et avoir accordé un peu de repos à la patiente. L'aiguille, introduite à quelques millimètres au delà de la base de l'un des lambeaux, embrasse une épaisseur assez grande de tissus, en ne cessant pas de cheminer, toutefois, dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et vient sortir à l'angle de réunion du pédicule du lambeau avec la surface saignante sous-jacente. Elle parcourt le même trajet, mais en sens inverse dans la lèvre opposée, de telle sorte que le fil suive la double direction courbe indiquée par la figure 314.

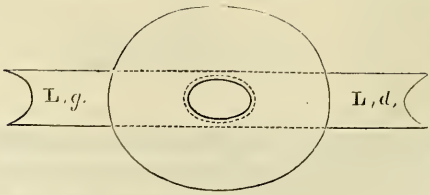


Fig. 313. — Forme rectangulaire donnée aux lambeaux, plus défavorable que la forme triangulaire.

Ce trajet imprimé aux fils et commandé, pour ainsi dire, par la disposition des tissus à affronter, ne diffère pas, d'après Duboué, de celui que

conseille de suivre le procédé américain (1). Car les fils, loin de garder la position qu'on cherche à leur donner dans ce procédé (fig. 315 et 316),

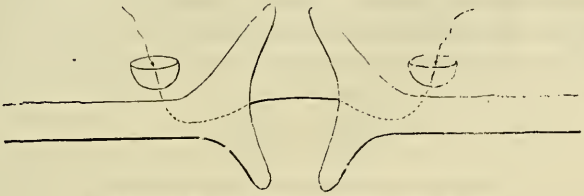


Fig. 314. — 2e temps. — Passage et trajet des fils.

déchirent, selon lui, la surface fraîchement avivée BC, trop faible pour résister au tranchant de l'aiguille, d'une part, et à la striction du fil, de

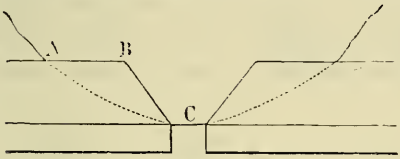


Fig. 315.

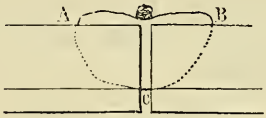


Fig. 316.

Fig. 315 et 316. — Trajet et position supposés des fils dans le procédé américain proprement dit.

l'autre. Le résultat définitif serait donc plus exactement indiqué par les figures 317 et 318, et serait le même, abstraction faite des lambeaux, que

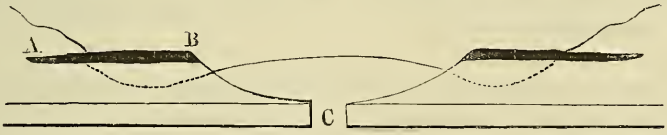


Fig. 317.

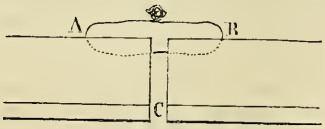


Fig. 318.

Fig. 318. — Trajet et position réels des fils dans le même procédé.

celui qu'on cherche à obtenir d'emblée dans le procédé autoplastique (fig. 314).

Pour fixer les points de suture, Duboué se sert de petits boutons de buis

(1) Voy. d'Andrade, *Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé américain*, thèse, Paris, 1860, p. 18.

représentés (fig. 319) en grandeur naturelle. Ces boutons, de forme hémisphérique ou semi-ovoïde, sont pourvus de deux petits conduits s'ouvrant sur leurs surfaces plane et convexe et destinés à recevoir chacun un fil métallique. Pour éviter la section des tissus sous-jacents, on doit appliquer la surface convexe de ces boutons sur la muqueuse vaginale elle-

Fig. 319. — Boutons de buis (grandeur naturelle).

même. Les fils métalliques se trouvant engagés dans les boutons d'une même rangée, on les tord deux à deux (fig. 320); puis, après avoir opéré des tractions suffisantes sur les chefs libres, et avoir placé les boutons de la rangée opposée, on tord ces nouveaux chefs de la même façon, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un exact rapprochement des tissus affrontés. Dans le cas d'un nombre impair de fils, on assujettit la suture comme dans la figure 321.

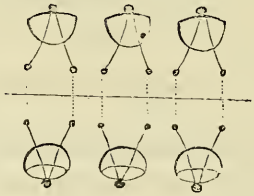


Fig. 320. — 3e *temps*. — Suture en place à nombre pair de fils.

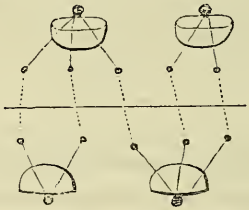


Fig. 321. — Nombre impair de points de suture.

Une fois la striction des fils opérée, les lambeaux vaginaux font une saillie plus ou moins considérable, mais toujours très-prononcée du côté du vagin (fig. 322); cette saillie, qui persiste quelquefois au moment de l'ablation des fils, disparaît plus tard spontanément.

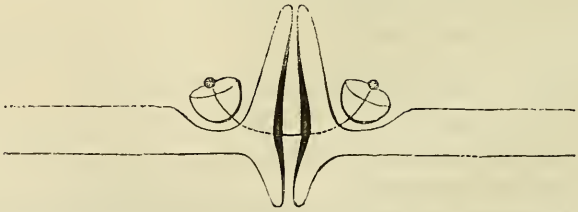


Fig. 322. — Coupe de profil montrant la position des boutons et des fils, ainsi que le mode d'affrontement des lambeaux vésicaux et *vaginaux*, ces derniers faisant une saillie considérable du côté du vagin.

Tel est le procédé à lambeaux dont Duboué s'est servi dans ses opérations, et qui, en permettant de doubler l'étendue des surfaces avivées, doit offrir des chances doubles de réunion et de solidité de la suture. On

voit que les boutons agissent comme les tiges rigides d'une suture enchevillée et n'ont pourtant aucun des inconvénients de ce dernier mode de suture. Ils doivent être laissés à demeure pendant *quinze jours au moins*, et peuvent séjourner dans le vagin pendant *trois semaines et même un mois*, sans causer d'autre dommage que de donner lieu à quelques ulcérations plus ou moins profondes qui ne s'observent pas d'ailleurs constamment. Mais, dans aucun cas, ces ulcérations ne pourront aller jusqu'à perforer la cloison vésico-vaginale ; les boutons, en effet, ont une tendance de plus en plus marquée à se porter du côté de la cavité vaginale, et partant à s'éloigner de la vessie. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à jeter les yeux sur la figure 323, qui représente un point de suture en place. Si les tissus

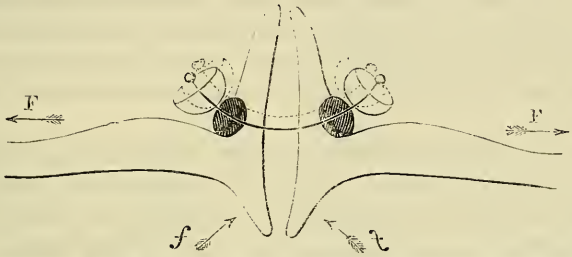


Fig. 323. — Tendance qu'ont les fils et les boutons à se porter du côté du vagin sous l'influence de la tension exercée par la paroi vaginale en F et F' ; occlusion vésicale opérée par la seule élasticité des tissus qui se portent spontanément dans le sens des flèches *f* et *f'*.

ne subissent aucun tiraillement ou qu'ils n'en supportent qu'un relativement assez faible, la réunion s'opérera, sans qu'il se produise la moindre ulcération. Que la paroi vaginale exerce, au contraire, une tension un peu forte, une ulcération se produira dans les deux places figurées en noir; mais, dès que cette tension s'exagère et se fait sentir dans le sens des flèches F et F', la courbure du fil doit nécessairement se redresser. D'où il résulte que l'anse métallique divisera plus ou moins les tissus, et que les boutons se porteront de plus en plus vers le sommet des lambeaux vaginaux où ils pourront exercer encore une contention efficace.

Quant à la crainte de voir l'urine s'infiltrer entre les surfaces cruentées, on peut encore s'assurer, à l'inspection de la même figure, qu'elle ne saurait être un instant à redouter. En vertu de leur propre élasticité, les lambeaux ont, en effet, une tendance continuelle à se redresser dans le sens des flèches *f* et *f'*, et à s'appliquer ainsi constamment par leurs surfaces saignantes, et cette tendance se trouve favorisée par la tension de la paroi vaginale elle-même.

Le procédé à lambeaux que Gerdy avait déjà fait connaître avant toute application du procédé américain, a donné quelques succès entre les mains de M. Collis (de Dublin), qui l'avait inventé de son côté quelques années plus tard. Ces deux chirurgiens employaient la suture enchevillée proprement dite, et se servaient de bouts de sonde pour fixer les points de suture.

La compression exercée par ces tiges compromettait souvent la vitalité des lambeaux et forçait le chirurgien à procéder de très-bonne heure à l'ablation des fils (de deux à six jours). Ce sont là deux graves inconvénients qu'on n'aura jamais à redouter avec le procédé de Duboué, procédé qui unit les avantages de la suture enchevillée à ceux de la suture entrecoupée. — Quant aux difficultés opératoires, que nous ne pouvons pas encore apprécier par nous-même, nous ne saurions mieux faire, pour permettre de les juger, que de rapporter la neuvième conclusion du mémoire : « Les « difficultés de dissection auxquelles on pourrait s'attendre, et que j'avais « moi-même pressenties à tort, ne dépassent jamais et souvent n'égalent « pas, dans le procédé à lambeaux, celles de l'avivement simple dans le « procédé américain. — Dans l'un et l'autre genre d'opération, l'habitude « permet d'acquérir, sans nul doute, une certaine dextérité qui n'est pas à « dédaigner. Mais, dans l'un comme dans l'autre, les difficultés des débuts « n'exigent que de la patience et sont dès lors à la portée de tout chirurgien « ordinaire. »

L'auteur a déjà recueilli un certain nombre de faits à l'appui du nouveau procédé à lambeaux, et nous croyons devoir reproduire ici le tableau dont il fait suivre son travail, et où l'on voit, à un simple coup d'œil, les résultats comparatifs qu'il a obtenus par son procédé autoplastique et par le procédé américain proprement dit :

I. — Procédé américain.

Sur *quatre* opérées, deux ont guéri d'emblée et *deux* ont été très-améliorées.

—

A. — Des *deux* malades guéries, l'*une* (obs. IV) avait une fistule de très-petite dimension, et la *seconde* (obs. III) avait une fistule moyenne, assez profondément située, mais pourtant très-accessible.

II. — Procédé a lambeaux.

Sur *cinq* opérées, *trois* ont guéri d'emblée, une *quatrième* a été améliorée, et la *cinquième* n'a pas obtenu de résultat favorable appréciable.

—

A. — Des *trois* malades guéries, *deux* étaient dans des conditions des plus défavorables, et la *troisième* avait une fistule moyenne dans de bonnes conditions.

La *première* (obs. II, comp.) avait déjà subi trois opérations par le procédé américain, et n'avait retiré des deux dernières qu'une amélioration insignifiante.

La *seconde* (obs. VII) avait une fistule large et profondément située, et, de toutes celles que j'ai observées, la plus difficilement accessible.

La *troisième* (obs. VIII), qui avait une fistule moyenne, a guéri très-rapidement, malgré quelques accidents de gravelle survenus dès les premiers jours après l'opération, accidents qui ont exigé l'ablation définitive de la sonde au commencement du septième jour.

I. Procédé américain.

B. — Sur les *deux* cas de succès partiel, j'avais affaire, dans l'*un* (obs. V), à une fistule large et d'un accès difficile, et il n'est resté qu'un orifice étroit et une fistulette profondément cachée. — C'est dans ce cas que j'ai dû, par une opération préalable, détruire une cloison cicatricielle oblitérant l'urèthre.

Dans l'*autre* cas (obs. IV), il s'agissait d'une fistule très-large, mais favorablement située. La malade a subi *trois* opérations, dont la *première* a produit une grande amélioration, la *seconde* un résultat à peine appréciable, et la *troisième* pas le moindre.

—

C. — Ces *quatre* malades, dont la *moitié* a guéri, ont donc subi *six* opérations, dont *deux* ont réussi, ce qui fait *un tiers de succès complets, eu égard au nombre total d'opérations.*

II. — Procédé a lambeaux.

B. — Des *deux* malades non guéries, la *première* (obs. V, comp.), opérée déjà une une première fois par le procédé américain, avait deux fistulettes d'inégale dimension, dont la plus grande était d'un accès très-difficile. — L'échec complet qui a eu lieu tient à la mauvaise condition des tissus et à l'arrachement accidentel de l'un des lambeaux.

La *seconde* (obs. VI), qui a subi trois opérations, avait une fistule de moyenne dimension et d'un abord à peine difficile, quoique profondément située. — Après la *première* opération, diminution de moitié de l'ouverture anormale, malgré les mauvaises conditions de santé de la malade et quelques autres circonstances défavorables. — Après la *seconde* opération, rupture accidentelle de deux des fils métalliques, ce qui n'a pas empêché une certaine amélioration de se produire. — Fistule consécutive d'un genre tout à fait insolite, ayant exigé une troisième opération qui ne saurait figurer dans cette statistique, en raison de particularités tout exceptionnelles.

—

C. — Ces *cinq* malades, dont les *trois cinquièmes* ont guéri, ont donc subi six opérations, dont *trois* ont réussi, ce qui fait la *moitié de succès complets, eu égard au nombre total d'opérations.*

[[Malgré les progrès considérables de la chirurgie réparatrice dans le traitement des fistules vésico-vaginales, on ne peut pas toujours obtenir la guérison en conservant l'intégrité des organes génitaux. « Il n'est pas toujours possible dit M. Herrgott (1), de fermer l'ouverture causée par la perte de substance, moyennant l'affrontement simple des bords, quels que soient les procédés qu'on puisse employer ; il est nécessaire alors, comme Vidal de Cassis l'a proposé le premier en 1834, de recourir à une opération autoplastique, qui a pour résultat de fermer comme un cul-de-sac à une hauteur plus ou moins considérable, le canal vaginal au devant de l'utérus, de diriger l'orifice du col dans la vessie et de donner cette voie à l'excrétion menstruelle. »

M. Herrgott a publié deux cas de fistules vésico-vaginales avec perte

(1) Herrgott, *De l'oblitération du vagin comme moyen de guérison de l'incontinence d'urine dans les grandes pertes de substance de la cloison vésico-vaginale* (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1872, p. 65).

de substance considérable dans la paroi vésico-vaginale où l'oblitération vaginale fut pratiquée et qui ont tous deux été suivis de guérison. Voici le résumé de ces deux observations :

Observation I. — Chez la première malade, toute la paroi vaginale antérieure était détruite à 3 centimètres du méat. Le vagin était rétréci à cette hauteur par une cicatrice dans laquelle il restait, sous l'arcade pubienne, une ouverture pouvant admettre deux doigts conduisant dans la vessie, dans laquelle s'abouchait la matrice.

Une première opération pratiquée le 2 mai 1871 réduisit l'ouverture au diamètre d'une plume; cette opération fut faite, la malade ayant le tronc élevé, la tête un peu plus basse que le tronc, et les cuisses fléchies sur le ventre, position qui est adoptée par M. Herrgott.

Lorsque l'avivement fut terminé, les bords de la fente furent réunis par cinq fils métalliques en argent, qui firent l'office de sutures de rapprochement, et sept fils de soie, placés entre les fils, qui maintinrent réunies les parties rapprochées. L'opération qui avait été commencée à 9 heures et demie fut terminée à 11 heures, elle fut faite sans chloroforme.

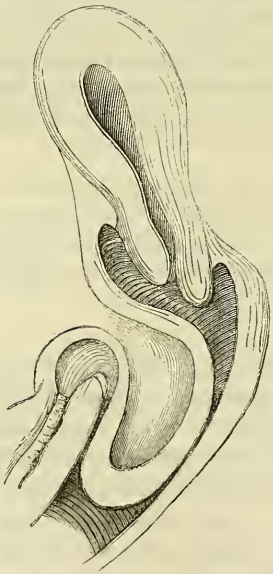


Fig. 324. — Fistule vésico-vaginale. — Hernie de la vessie à travers l'ouverture fistuleuse. (Herrgott.)

Après une deuxième opération pratiquée le 9 juin 1871, il ne resta plus qu'un pertuis filiforme, qui fut fermé par une troisième opération le 11 mars 1872.

L'incontinence d'urine fut complétement guérie.

Observation II. — Chez la deuxième malade, mère de douze enfants, il survint à la suite du dernier accouchement, qui fut très-long, une perte de substance de toute la paroi antérieure du vagin; à travers cette large ouverture, qui admettait facilement trois doigts, la muqueuse vésicale, renversée par elle-même, faisait hernie et remplissait le vagin (fig. 324).

Une première opération pratiquée le 10 janvier 1872 avait pour but de faire adhérer le bord antérieur de la perte de substance non à la lèvre antérieure du col, qui était fortement diminuée, mais à la lèvre postérieure du col au milieu, et à la muqueuse vaginale postérieure sur les côtés.

Les figures 325 et 326 montrent le schéma de l'opération.

La femme tombe malade peu de jours après l'opération qui échoue complétement.

Le 10 février 1872 on fait une deuxième opération de la manière suivante :

Le côté droit de la perte de substance est d'abord réuni à la suite de cette partie de l'opération, la hernie vésicale si gênante est maintenue réduite, le

col remonte, et au devant de celui-ci la paroi vaginale postérieure constitue un repli épais, qui est largement avivé et réuni au bord antérieur gauche de la perte de substance. Le vagin constitue alors un cul-de-sac profond, fermé par onze points de suture métallique.

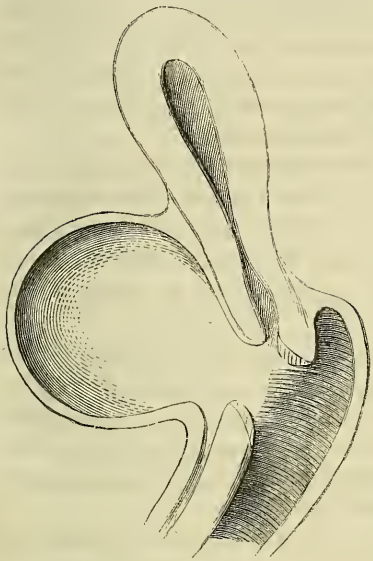


Fig. 325. — Fistule vésico-vaginale (*).

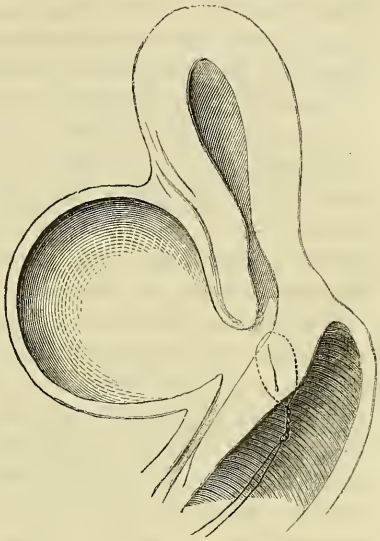


Fig. 326. — Fistule vésico-vaginale après la réunion du bord antérieur de la fistule à la lèvre postérieure du col.

L'opération ne réussit qu'à gauche; à droite (dans les tissus cicatriciels) il resta une ouverture triangulaire longue de 15 millimètres.

Le 27 mai 1872 une troisième opération ferme celle-ci, la malade est complétement guérie de son incontinence. Le sang menstruel est évacué avec l'urine.

Le docteur Atthill (1) a également publié une observation de destruction du bas-fond de la vessie traitée par l'occlusion du vagin et qui fut suivie de succès. Dans ce cas, la paroi antérieure du vagin était détruite à trois quarts de pouce en arrière de l'orifice de l'urèthre; il y avait aussi une destruction du bas-fond de la vessie; l'ouverture était à peu près circulaire. Il ne restait qu'un demi-pouce du canal de l'urèthre qui était oblitéré.

Le docteur Atthill rétablit d'abord le canal uréthral à l'aide d'un tro-

(1) Atthill, *Case of destruction of the Bladder treated by closure of the vagina* (*the med. Press and circul.*, 18 déc. 1872, p. 528).

(*) La hernie de la vessie représentée dans la figure 324 a été réduite et l'avivement de la lèvre postérieure du col, et de la lèvre antérieure de la fistule a été pratiqué.

cart qu'il laisse à demeure pendant les premiers temps. Après trois semaines l'urèthre paraissant ne plus avoir de tendance à s'oblitérer, l'occlusion du vagin fut alors pratiquée. L'avivement fut effectué sur une largeur d'un quart de pouce, et les surfaces saignantes réunies avec des sutures en fil de fer fin. Une sonde fut placée dans l'urèthre et la malade restait couchée sur le ventre. Au septième jour, les sutures furent enlevées, mais la réunion ne s'était effectuée que sur une très-petite étendue après une seconde opération, il ne resta plus qu'un très-petit pertuis qui fut complétement oblitéré après une troisième opération.

Pendant quelques semaines, la malade souffrit de l'irritation causée par la présence de l'urine dans la nouvelle cavité vésicale. Des injections d'eau phéniquée firent disparaître cette irritation. La malade fut longtemps aussi avant de pouvoir vider sa vessie. Mais maintenant elle garde ses urines plusieurs heures, elle vide volontairement sa vessie, et les règles s'écoulent par l'urèthre.

Il est encore un procédé de traitement des fistules vésico-vaginales qui a été proposé par M. Lannelongue, lorsqu'il existe une hernie de la paroi vésicale à travers l'ouverture de la fistule. Ce prolapsus, qui se rencontre même assez fréquement et qui est dû au refoulement de la paroi postérieure de la vessie par les viscères abdominaux, est plus ou moins considérable, suivant que la fistule est large ou étroite.

Si l'on réduit le prolapsus après avoir placé la malade dans le décubitus antérieur, la femme reposant sur les coudes et sur les genoux, on peut, en introduisant dans le vagin un spéculum de Bozeman, reconnaître que l'on a bien devant soi la paroi postérieure de la vessie, et qu'au niveau de la lèvre postérieure de la fistule cette paroi se continue avec cette lèvre dont elle forme le plan antérieur ou vertical.

C'est en se servant de ce prolapsus que M. Lannelongue a pu remédier à une destruction complète de toute la cloison vésico-vaginale dont était atteinte une malade de son service à l'hôpital des cliniques.

Voici l'observation qu'il a publiée à ce sujet.

Observation III. — « Madame X..., âgée de 36 ans, accouchait à Soissons, le 14 juillet 1872; le travail, qui avait commencé à neuf heures du matin, nécessita, dans la soirée, trois applications de forceps. La dernière eut lieu à minuit. Quelques jours plus tard se déclarait la perforation, qui la décida à venir à Paris réclamer des soins. L'examen que nous pratiquons nous fait constater une solution de continuité énorme, comprenant presque toute la paroi antérieure du vagin et une partie de sa paroi latérale. Dans le sens antéro-postérieur, elle s'étend, en effet, du col utérin réduit à quelques tubercules jusqu'à $0^m,02$ ou $0^m,03$ environ de l'orifice de l'urèthre.

« En réalité, la paroi vaginale antérieure est réduite à une bande transversale de la largeur indiquée, et qui supporte pour ainsi dire le canal urétbral.

« Sur les côtés et en avant, la fistule a pour limites les branches ischio-pu-

biennes, et, à ce niveau, toutes les parties molles faisant défaut, c'est le périoste de ces os qui limite la solution de continuité.

« Un peu plus en arrière, la fistule est limitée par les parois latérales du vagin, qui forment comme un croissant sur son bord postérieur. Le bas-fond vésical et la portion du vagin qui lui correspond étaient donc détruits. Il ne fallait pas dès lors s'attendre à trouver l'orifice des uretères dans la vessie. L'un et l'autre, en effet, s'ouvraient dans le vagin; le droit contre la branche osseuse ischio-pubienne; celui de gauche dans l'angle de la fistule.

« Par l'orifice fistuleux s'échappait la paroi postérieure de la vessie, qui, s'engageant dans le vagin, apparaissait à la vulve, qu'elle dépassait, sous forme d'une tumeur rouge du volume d'un œuf de pigeon.

« La malade porte sur sa figure l'empreinte d'une anémie très-prononcée. Elle est pâle, les muqueuses oculaires et gingivales sont décolorées ; ses traits expriment la souffrance et témoignent du dégoût que lui inspire sa situation.

« Je fis précéder l'opération, que je pratiquai le 26 décembre 1872, d'un temps préliminaire indispensable au succès de l'entreprise; il avait pour but de replacer dans la vessie elle-même l'orifice de celui des uretères qui s'ouvrait dans le vagin. Ce temps fut exécuté à l'aide d'une chaîne d'écraseur introduite, au moyen d'une aiguille, dans le canal de l'uretère.

« Après avoir parcouru un trajet de $0^m,01$ environ, l'aiguille fut poussée dans la vessie, et je pratiquai alors à l'aide de la chaîne la section de la paroi supérieure de l'uretère dans l'étendue de $0^m,01$.

« Je fis cette manœuvre sans crainte, m'étant plusieurs fois assuré avec un stylet du trajet parcouru par l'uretère dans l'épaisseur de la paroi vaginale elle-même.

« Le 26 décembre, j'exécutai l'opération proprement dite. Elle se composa d'un avivement suivi de l'affrontement des parties, puis de la suture de ces parties avivées.

« L'avivement fut fait d'une part sur la vessie, d'un autre côté sur la partie antérieure de la paroi du vagin.

« Sur la vessie, j'avivai le prolapsus lui-même à une distance de la lèvre postérieure de la fistule, suffisante pour qu'entre cette partie avivée et la lèvre postérieure de la fistule, il y ait assez pour combler toute la fistule.

« La muqueuse vésicale elle-même fit les frais de l'avivement, lequel se présenta sous la forme d'une bande transversalement dirigée de $0^m,01$ environ de longueur, et allant de l'un à l'autre des angles latéraux de la fistule. Les parties avivées furent mises en présence, et le contact fut maintenu à l'aide de onze points de suture métallique, huit jours après j'enlevai ces fils.

« C'est le résultat de cette opération faite il y a deux mois que je vais décrire maintenant.

« La perforation a été comblée entièrement par l'opération. Tous les points de suture avaient tenu.

« Mais je tiens à dire quels sont mes regrets de n'avoir pas fait pour le second uretère ce que j'avais fait pour le premier. Le premier, en effet, celui dont j'ai déplacé l'ouverture dans le temps préliminaire de l'opération, fonctionne comme il doit le faire; mais le second, celui dont l'ouverture était placée sur le triangle de la lèvre postérieure avec la paroi latérale, celui-là

n'a pas été ramené dans la vessie, il s'ouvre encore aujourd'hui dans le vagin. Je me propose, dans peu de jours de faire une tentative dans le but d'achever la guérison.

« Pour terminer ce qui a trait au manuel opératoire, je dois rappeler que pendant le cours de l'opération, je dus pratiquer un débridement sur le vagin afin de permettre à la partie antérieure de ce conduit d'aller rejoindre un angle de la paroi vésicale avivée.

« L'examen actuel de la malade démontre que le lambeau vésical que comble la perforation est épais, résistant, légèrement proéminent dans le vagin, où il forme un relief de couleur plus foncée que le reste de la paroi vaginale. Cet examen serait incomplet si je ne le faisais suivre de celui de la cavité vésicale. Incontestablement la capacité du réservoir de l'urine est amoindrie chez cette femme, puisqu'on lui a soustrait une partie de la paroi que limite sa surface. Mais le rapport de cette partie utilisée, à la confection du vagin, au reste de la paroi vésicale, n'était pas de nature à inspirer de crainte sur ce point. Et en effet, une sonde de femme introduite dans la vessie se meut librement et avec beaucoup d'aisance dans la nouvelle cavité, à ce point de vue, je n'accorde pas d'importance à ce fait que la malade retient ses urines pendant plus d'une heure lorsqu'elle est couchée, car on ne doit pas oublier que chez elle le col de la vessie fait défaut. Il avait disparu, en effet, avec le bas-fond de cet organe, et l'avivement que je pratiquai sur le vagin le jour de l'opération arrivait presque à la vulve.

« Tel est le résumé de ce fait qui démontre la possibilité de restaurer le vagin par la voie que j'ai indiquée ; et bien qu'il me reste pour achever la cure de remédier au petit orifice qui existe encore aujourd'hui, je n'hésite pas à penser que ce procédé trouvera des indications plus précises dans des cas moins compliqués que celui que je viens d'exposer (1). »]]

Mentionnons encore une complication rare et sans doute unique qu'a observée Duboué, et dont la persistance eût rendu inutile toute tentative opératoire. Il s'agissait d'une oblitération complète de l'orifice profond de l'urèthre, survenue peu de temps après la chute de l'eschare qui avait perforé la cloison vésico-vaginale. L'accouchement ayant eu lieu le 19 août 1862, l'oblitération uréthrale a été constatée un an plus tard, le 15 juin 1863 ; il y a donc tout lieu d'admettre avec M. Duboué que cette dernière ait été due à une cicatrisation vicieuse des bourgeons charnus avoisinant l'orifice profond uréthral peu de temps après la formation de la fistule.

Le calibre du canal a pu être rétabli à l'aide d'un instrument particulier que nous appellerons avec l'auteur *uréthrotome à pression continue*, et qui agit à la façon de l'entérotome de Dupuytren dans l'opération de l'anus contre nature. Cet instrument se compose (fig. 327) de deux pièce principales dont l'une, supportant une cupule d'acier, est destinée à être

(1) Lannelongue, *Nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales* (*Société de chirurgie*, 5 mars 1873, et *Gazette des Hôpitaux* 1873, p. 315).

placée dans la fistule elle-même derrière le cul-de-sac uréthral, et dont l'autre, composée d'une tige d'acier qui traverse le canal de l'urèthre, se termine en une sorte de renflement sphérique hérissé, comme la cupule,

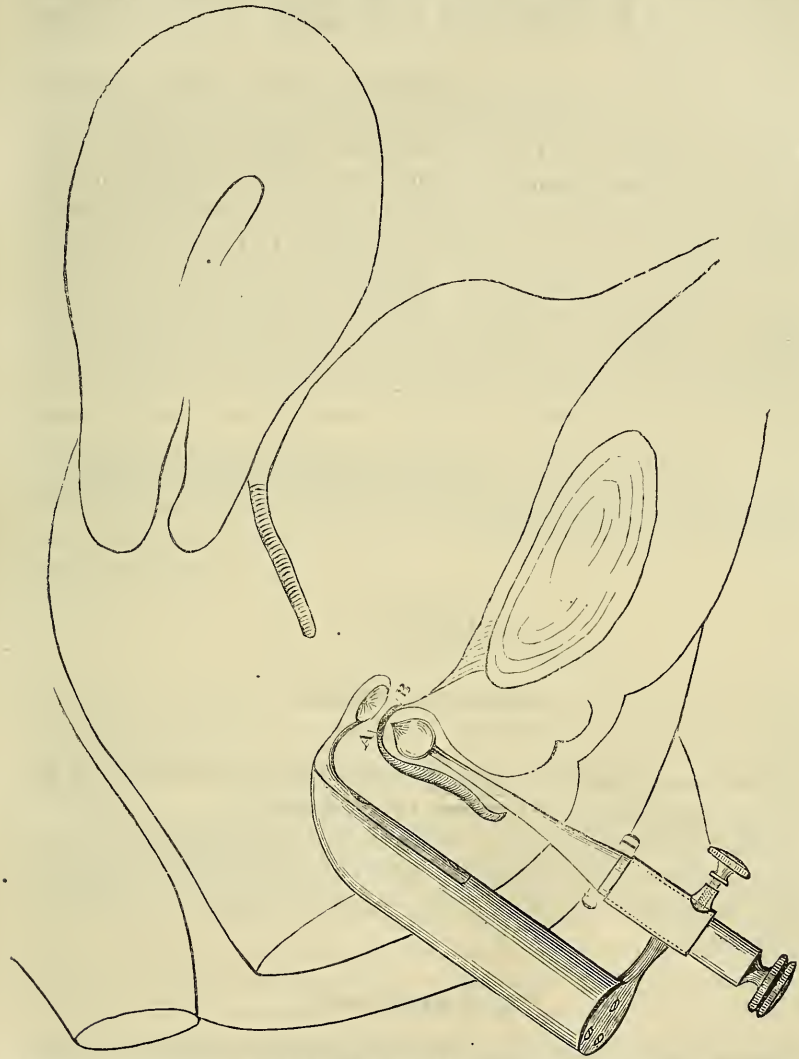


Fig. 327. — Uréthrotome vu en place, devant agir par pression continue et destiné à détruire la petite rondelle de tissus (*).

de petites aspérités. Cette petite sphère, en s'appliquant sur la cupule déjà mentionnée, vient comprimer le cul-de-sac uréthral, AB, qu'il s'agit

(*) AB, Rondelle de tissus vue de profil ; CD, ligne gravée sur la tige métallique et se trouvant à 0m, 001 de la gaîne, lorsque les tissus compris suivant la ligne AB sont entièrement détruits.

de détruire. La tige elle-même, avant d'entrer dans l'urèthre, est engagée dans une courte gaîne que supporte, par un petit levier, le manche de la première pièce ; sur une tige est gravé un petit trait, CD, qui se trouve à 1 millimètre de la gaîne lorsque la petite sphère s'emboîte exactement dans la cupule. Une vis sert à fixer d'une manière invariable ces deux pièces principales.

L'instrument est appliqué sans difficulté le 27 juillet 1853 et maintenu pendant cinq jours. Il est retiré le 1er août, dès que le trait, CD, apparaît à 1 millimètre de la gaîne et que l'instrument, n'étant plus soutenu par la petite couche de tissus comprimés, retombe par son propre poids sur la commissure postérieure de la vulve. Une sonde ordinaire de trousse peut, séance tenante, être introduite dans l'urèthre, et, les jours suivants, on fait passer des bougies de plus en plus grosses, jusqu'à ce qu'on ait atteint le n° 22 de la filière Charrière. Cette femme se trouvant dès lors dans les conditions ordinaires, l'opération est pratiquée le 12 août suivant, sans être malheureusement suivie d'un succès complet (voyez au tableau page 1021, l'observation V).

Nota. — La *première observation* se rapporte à une femme opérée deux fois sans succès par la méthode de Jobert (de Lamballe), et atteinte d'une fistule peu étendue, dans de bonnes conditions. — *Deux autres malades*, dont je n'ai fait que mentionner l'observation, n'ont pas pu être opérées, par suite de complications ci-dessus mentionnées.]

CHAPITRE VI.

DÉCHIRURE DU PÉRINÉE

[La déchirure du périnée est assurément un des accidents les plus fâcheux qui se produisent à la suite de l'accouchement.]

Quand elle est peu marquée, la malade en est très-peu gênée ; quand, au contraire, elle est considérable, elle devient une cause d'ennui et de souffrances continuelles. Il est donc fort important d'apporter un remède à cette blessure.

§ I. — Fréquence.

[Bien que cet accident soit devenu relativement beaucoup plus rare, grâce à l'habileté des accoucheurs modernes, il est cependant encore assez fréquent pour se présenter souvent à l'observation des chirurgiens.

C'est surtout à la suite d'un premier accouchement que les femmes sont atteintes de cette triste infirmité, et c'est cette circonstance qui la fait souvent passer inaperçue. Outre la répugnance qu'elles éprouvent à parler d'un tel sujet, les femmes s'imaginent que les accidents qu'elles

éprouvent sont la suite naturelle de leur accouchement, et il n'est pas rare de découvrir par hasard des cas déjà anciens de déchirure dont les sujets qui les présentent n'auraient jamais fait mention.]

[[Le docteur Bourgeot (1) rapporte que sur 600 femmes accouchées à Lariboisière du 1er janvier au 15 octobre 1872, 24 eurent le périnée déchiré ; les trois quarts de ces femmes étaient primipares. Il s'agit en conséquence d'une moyenne de 4 0/0.

Olshausen (2) pense que les déchirures perinéales se produisent dans une proportion beaucoup plus grande; il estime qu'une moyenne de 15 0/0 n'est même point exagérée. Dans son service de clinique, où l'on prend les précautions les plus minutieuses, il se produit, depuis 10 ans, une moyenne de 21, 0/0 chez les primipares et de 4,7 0/0 chez les multipares. L'auteur considère ces résultats comme d'autant plus satisfaisants que dans d'autres cliniques, on a constaté une fréquence de 47 0/0.

Ces chiffres indiqués par l'auteur allemand nous semblent véritablement exagérés, et nous ne comprenons guère comment dans son service de clinique où l'on prend des précautions si minutieuses, il arrive à un pareil résultat. Ces moyennes ne sont d'ailleurs nullement en rapport avec celles qui sont admises par les auteurs modernes qui fixent à 3 0/0 la fréquence des ruptures périnéales.]]

Si, à la suite de cet accident, il reste des callosités ou des cicatrices irrégulières, cela peut devenir un obstacle important aux accouchements subséquents.

§ II. — Anatomie du périnée.

[Pour l'accoucheur, le périnée est l'espace compris entre la vulve et l'anus, d'une part, entre le vagin et le rectum, d'une autre part. On peut donc distinguer dans le périnée une partie superficielle et une partie profonde.

La partie profonde est formée principalement par les parois postérieure du vagin et antérieure du rectum.

Le vagin, qui mesure à peu près 17 centimètres de hauteur, est libre à son extrémité supérieure et tapissé seulement par un repli du péritoine ; plus bas, il est en rapport immédiat avec le rectum, auquel l'unit un tissu cellulaire deuse et serré, et forme en ce point la paroi recto-vaginale ; enfin, à la partie inférieure, il s'écarte de l'extrémité de l'intestin dont le sépare une couche de tissu cellulo-graisseux.

Dans la partie superficielle, le périnée présente à étudier :

1° La peau. Cette peau, d'une couleur foncée, est souvent recouverte

(1) V. Bourgeot, *Des déchirures du périnée, et du traitement des déchirures incomplètes récentes par les serre-fines.* Thèse 1872.

(2) Olshausen, *Ueber Dammverletzung und Dummschutz* (*Sammlung klinische Vortræge von Volkmann*, n° 44, 1872.)

de poils et présente sur la ligne médiane un raphé. Chez la fille vierge, cette couche superficielle du périnée mesure 2 et demi à 3 centimètres ; chez la femme qui a eu plusieurs enfants, elle est plus courte.

Le périnée s'amincit de plus en plus en se raprochant de la vulve, et finit par n'avoir plus que l'épaisseur de la peau et de la muqueuse vaginale accolées : il forme à cette état un pli très-mince qu'on nomme la *fourchette*. C'est par la déchirure, presque infaillible de ce pli, lors d'un premier accouchement, que le périnée perd de son étendue.

2° Au-dessous de la peau on trouve un tissu cellulo-graisseux plus ou moins abondant, suivant les sujets.

3° Une aponévrose superficielle qui recouvre la masse musculaire formée par les sphincters anal et vulvaire et par les muscles transverses.

4° Le sphincter anal.

5° Les muscles transverses.

6° Une aponévrose, dite *aponévrose périnéale profonde*, que l'on a décrite comme formée de deux feuillets.

7° Les fibres du releveur de l'anus.

8° L'aponévrose pelvienne.

Les vaisseaux et nerfs de cette région sont des branches de l'artère honteuse interne et des filets du nerf honteux.

Ces vaisseaux et nerfs ont peu d'importance au point de vue des déchirures du périnée ; nous n'avons donc pas à les décrire ici.

Le fait anatomique sur lequel il est nécessaire d'insister, si l'on veut comprendre la lésion dont nous parlons et les divers procédés opératoires qui ont été proposés, est la disposition normale des muscles. Tous, sphincter anal, sphincter vulvaire, transverses du périnée, fibres du releveur, viennent s'entre-croiser et aboutir sur un point central, qui est le périnée. Or, comme les déchirures se font d'avant en arrière, il en résulte que les fibres de tous ces muscles venant à se contracter, tendront à écarter les lèvres de la solution de continuité et à en empêcher la réunion. On peut dès lors entrevoir toutes les difficultés qui se présenteront pour remédier aux lésions de ce genre.]

Il faut se rappeler qu'au moment où la tête de l'enfant descend dans la cavité du bassin, et remplit cette cavité, elle presse forcément sur la partie inférieure du rectum et sur le sphincter de l'anus. A ce moment, elle change de direction, elle se porte en avant et en bas et vient distendre successivement le bord antérieur et le plancher du périnée. Quand la résistance musculaire est considérable, ce qui arrive dans le cas d'un premier accouchement, la membrane muqueuse du vagin, par suite de son adhérence très-lâche avec les tissus sous-jacents, se renverse en partie et forme une sorte de périnée artificiel. Dans ce cas, la membrane muqueuse est presque toujours déchirée ; mais il se peut que la rupture n'aille pas plus loin, et, si l'on examine le lendemain de l'accouchement, on trouve cette membrane muqueuse rétractée et le vrai plancher perinéal intact.

Ces cas ne doivent pas être confondus avec la déchirure propre du périnée dont nous allons maintenant nous occuper.

§ III. — Causes.

[Parmi les causes des déchirures du périnée, les unes sont *prédisposantes*, les autres sont *déterminantes*.

I. *Causes prédisposantes*. — Les causes prédisposantes sont le résultat d'affections organiques qui ont modifié les formes normales du squelette ou des parties molles : ainsi, le rachitisme, l'ostéomalacie, les tumeurs syphilitiques ou autres, une consolidation vicieuse à la suite d'une ancienne fracture, la trop grande mobilité du coccyx.]

1° Si le sacrum et trop perpendiculaire, la tête de l'enfant, au lieu d'être dirigée en avant, suivant l'axe du détroit inférieur, est poussée en bas et en arrière vers la paroi postérieure du périnée.

2° Si l'angle formé par l'arcade pubienne est trop aigu, de façon que la partie qui se présente ne puisse se loger dans cet angle, il en résulte une dilatation exagérée du vagin, et la tête appuie avec une force inaccoutumée sur la paroi antérieure du périnée.

[Du côté des parties molles, le relâchement des muscles, une trop grande épaisseur des parties, une agglomération de tissus cellulo-graisseux dans le creux ischio-rectal, l'étroitesse et la rigidité de la vulve, ainsi qu'on l'observe souvent chez les femmes qui deviennent enceintes pour la première fois dans un âge avancé.]

3° L'épaississement de l'urèthre et des parties environnantes peut donner lieu à un mécanisme semblable.

4° Le passage trop rapide de la tête à travers les parties molles peut donner lieu à une déchirure. Cette rapidité exagérée dans le travail peut être la conséquence de douleurs trop violentes ou trop raprochées ou bien d'un volume trop petit de la tête, ce qui l'empêche de subir les divers changements d'impulsion et de pouvoir se conformer à la direction des divers axes du bassin.

5° Une exostose sur un point quelconque de la cavité pelvienne suffit pour changer la direction de la tête et donner lieu à une rupture.

6° Une étendue exagérée du périnée peut arrêter la tête dans sa descente et l'empêcher de glisser vers le bord antérieur.

7° La rigidité du périnée, une cicatrice ancienne empêchent la dilatation et préparent une rupture par suite des contractions plus énergiques que la matrice est obligée de faire.

8° Le tissu du périnée peut être affaibli par une maladie ou par une pression exagérée.

9° L'occlusion du détroit inférieur par la membrane hymen. Comme cette membrane, bien que beaucoup plus mince que le périnée, est beaucoup moins extensible, elle peut résister aux contractions qui se repor-

tent toutes sur le périnée et en amènent la déchirure. J'ai vu un fait dans lequel la membrane hymen résistait à la pression de la tête, quoique les contractions fussent énergiques et que depuis deux heures le périnée fût complétement distendu. Sans aucun doute, les muscles eussent cédé les premiers, si l'on n'eût pratiqué artificiellement la rupture de l'hymen. Du reste, la déchirure de la membrane hymen peut aussi s'étendre à tout le périnée.

[II. *Causes déterminantes.* — Ces causes peuvent dépendre de la femme, du produit, de l'accoucheur ou d'une violence extérieure.

A. Les causes qui tiennent à la mère sont :

1° Des douleurs qui se succèdent trop rapidement, surtout quand la femme contribue par ses efforts à l'expulsion rapide du fœtus; l'excès d'amplitude du vagin; l'agrandissement du détroit inférieur; enfin, les contractions utérines résultant d'une administration intempestive du seigle ergoté. Cette dernière cause, qui pourrait ainsi être rapportée à l'accoucheur, est très-fréquente, et l'on doit, surtout chez les primipares, être avare de seigle ergoté. Il faut ne le donner qu'en temps opportun et quand la distension du périnée sera assez avancée pour répondre au degré des contractions utérines.

2° Les positions assise ou debout qui tendent à déplacer l'axe du détroit supérieur, portent le produit sur le plan postérieur du détroit inférieur et distendent de la sorte le périnée.

3° Les lésions mêmes des parties molles, telles que des cicatrices vicieuses, ou des difformités accidentelles par suite d'œdème, de thrombus, de squirrhe, de kystes, etc.

B. Les causes déterminantes dépendant du fœtus sont :

1° L'augmentation de volume de l'enfant, comme dans l'hydrocéphalie, l'hydrorachis, l'ascite.

2° Certaines positions, comme les occipito-postérieures, les présentations de la face. Dans ces deux cas, il peut même se faire que la déchirure se fasse d'arrière en avant. Le mouvement de bascule ne pouvant se faire librement en avant autour de l'arcade du pubis, l'occiput ou le front porte directement sur le plancher périnéal et en détermine la rupture. Dans quelques cas de présentation de la face, on a vu la tête perforer en arrière le périnée.

3° La présentation des fesses, si elles se présentent directement toutes les deux à la fois.] La présentation de la face ou des pieds peuvt être aussi une cause de déchirure. Dupuy rapporte un cas dans lequel un pied sortit à travers le vagin et l'autre à travers le périnée.

[4° Le passage des épaules après l'expulsion de la tête, s'il se fait trop rapidement, si le diamètre biacromial est grand, et surtout si, par un empressement mal entendu, on veut dégager trop vite le fœtus au lieu de laisser agir la nature.]

5° La mauvaise position de la tête de l'enfant donne lieu à cet accident.

La tête, placée dans le sens de la longueur, se trouve avoir à parcourir un espace beaucoup plus long que d'habitude.

[*C*. Les causes qui tiennent à l'accoucheur dépendent toujours de manœuvres mal exécutées.

L'accident peut tenir aux raisons suivantes :

1° La femme a été maladroitement placée pour son accouchement, ou bien elle s'éloigne trop du médecin ou elle pousse avec une trop grande énergie au dernier instant.

[2° Dans la version on amène le plan antérieur du fœtus et de cette façon on se trouve en face d'une position occipito-postérieure.

3° Dans les applications de forceps, l'accoucheur néglige de s'assurer s'il a bien saisi la tête : aux premières tractions, le forceps peut, en s'échappant, déchirer le périnée.

Dans ces mêmes applications, on se hâte trop de déterminer l'extraction, ou bien si l'on exécute trop tôt, au moyen du forceps, le mouvement de flexion ou d'extension de la tête.]

4° Le périnée peut être déchiré par suite du défaut de soin quand il y a eu application du forceps. En général, il faut le retirer à l'instant où la tête passe à travers l'orifice vaginal.

[5° Enfin on omet de soutenir le périnée. C'est à tort que dans ces derniers temps on a présenté cette manœuvre comme plus funeste qu'utile. Il est hors de doute qu'en s'y prenant doucement et d'une manière convenable, d'une part, on soulage la femme, et, d'autre part, on soutient et l'on protége efficacement le plancher périnéal.

D. Les violences extérieures, en dehors de tout travail d'accouchement, sont une cause de rupture.

Une femme de la campagne, occupée à attacher une vache, s'était penchée la tête en bas, quand une autre vache, entrant au galop dans l'étable, vint lui donner un coup de corne qui pénétra dans la vulve, déchira tout le périnée et une partie de la cloison recto-vaginale.]

En face de toutes ces causes que nous venons d'énumérer, on voit qu'il n'est pas toujours au pouvoir du médecin de prévenir les déchirures du périnée.

§ IV. — Diverses formes.

[Suivant les causes, le siége, l'étendue, la profondeur et les circonstances particulières, les déchirures du périnée présentent quatre formes ou quatre degrés différents.]

1° La rupture peut commencer au bord antérieur et aller jusqu'au sphincter, c'est le cas le plus fréquent.

2° La déchirure peut intéresser tout le périnée et le sphincter lui-même. Dans ce cas, les cavités du rectum et du vagin se confondent.

3° La portion médiane du périnée peut être rompue, et le bord antérieur (la fourchette), aussi bien que le sphincter, rester intacts.

Les cas de ce genre ont été rapportés par Hernes, Coutouly (1), Lachapelle (2), Meckel (3), Lebrun (4), Thiebault (5), Frank (6), Moschner (7), Jungmann (8), Master (de Königsberg) (9), Trinchinetti (10), Merriman (11), Waller (12), Douglas (13), Joubert (14), Ellis (15) et Thatcher (16). Un cas semblable s'est présenté à Dublin.

La déchirure peut se trouver juste sur le raphé central du périnée, ou bien sur l'un des côtés diagonalement, ou bien sous la forme d'un V ou d'un Y. Dans la plupart des cas cités plus haut, l'enfant était passé à travers l'ouverture centrale; cependant, dans quelques cas, avec des soins et de la prudence, il fut reporté vers l'orifice naturel, et l'on put éviter la déchirure de la fourchette.

La cloison recto-vaginale, le sphincter de l'anus et une portion du périnée peuvent être déchirés au point de laisser passer l'enfant tout en laissant intacte la partie antérieure du plancher.

[Au premier degré sont les déchirures ou fentes vulvaires qui intéressent la fourchette et la peau du périnée dans une étendue plus ou moins considérable.

Au deuxième degré, tout le périnée est déchiré jusqu'au sphincter.

Au troisième, le sphincter lui-même est rompu : il ne reste intact que le rectum.

Enfin, au quatrième degré, les parties profondes sont atteintes comme les couches superficielles : la paroi recto-vaginale est rompue.

[On pourrait encore noter ici les perforations ou déchirures centrales; mais cette lésion est tout à fait distincte de celles dont nous venons de parler : la cause, le traitement, sont de tout point différents; nous n'en dirons que quelques mots.

(1) Coutouly, *Observations sur différents sujets d'accouchement*, p. 133.

(2) Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1826, t. III, p. 138. — Duparcque, *Histoire complète des ruptures et déchirures*. Paris, 1838, p. 368.

(3) Meckel, *Neues Journ. für die Chir.*, vol. IV, 1811.

(4) Lebrun, *Annales de la méd. phys.*, juillet 1825.

(5) Thiebault, *Jour. de la Soc. de méd.*, vol. XXXIV, p. 178.

(6) Frank, *Bulletin de Férussac*, t. XXII, p. 283.

(7) Moschner, *Bull. de Férussac*, t. XXII, p. 283.

(8) Jungmann, *Perforation du périnée pendant l'accouchement* (*Siebold's Journal für Geburtshülfe*, 1830, t. IX, 3e cahier, p. 594, et *Archives générales de médecine*, 1830, 1re série, t. XXIV, p. 587).

(9) Master, *Siebold's Journ. für Geburtshülfe*, 1830, 3e cahier, p. 726, et *Archives générales de médecine*, 1830, 1re série, t. XXIV, p. 588.

(10) Trinchinetti, *Osservazioni sullo parto dif.* Milan, 1819.

(11) Merriman, *A synopsis of the various kinds of difficult parturition*. London, 1826, p. 263.

(12) Waller, *Note* in *Denman's introduction to the practice of midwifery*, p. 36.

(13) Douglas, *Dublin hosp. Reports*, vol. III.

(14) Joubert, *Bull. de la Soc. méd. d'émul.*, janvier 1822.

(15) Ellis, *Amer. Journ. of med.*, janvier 1849, p. 260.

(16) Thatcher, *Edinb. month. Journ.*, janvier 1851.

Les déchirures, ou fentes vulvaires, qui n'intéressent que la fourchette, et s'étendent tout au plus à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi, sont très-fréquentes. Elles sont presque constantes dans un premier accouchement, et, en réalité, il n'y a presque jamais lieu de s'en préoccuper. Les premiers jours, ces fentes paraissent beaucoup plus considérables à cause de l'engorgement des parties; mais, les jours suivants, les tissus reviennent sur eux-mêmes, et la plaie devient très-petite. Du reste, ces déchirures n'enlèvent à la vulve aucune de ses propriétés contractiles.

Au deuxième degré, les muscles sont intéressés. Il en résulte que, en se contractant isolément, ils écartent les lèvres de la solution de continuité et l'empêchent de se cicatriser. L'écoulement des lochies et de l'urine contribuent encore, d'autre part, à empêcher cette cicatrisation. Cette lésion, plus sérieuse que celle du premier degré, ne peut guérir spontanément. Avec le temps, au contraire, les accidents ne font que s'aggraver : la vulve, qui a perdu sa contractilité, prend des proportions de plus en plus considérables; par suite même, les accouchements deviennent trop faciles, et la femme est exposée aux accidents de prolapsus utérin.

Au troisième degré, le rectum et quelques fibres du sphincter restent seuls intacts, les accidents sont encore plus graves que dans le cas précédent.

Enfin, au quatrième degré, la vulve et l'anus sont confondus : les parties génitales de la femme ne forment plus qu'un véritable cloaque.

Les lèvres de la solution de continuité, tirées en dehors par la contraction des muscles, et baignées sans cesse par l'écoulement lochial, par les urines et par les excréments, se cicatrisent sans se réunir et prennent le caractère d'une membrane muqueuse. Les lèvres sont régulières ou irrégulières. Quand on les écarte, on aperçoit au fond les orifices vaginal et rectal séparés par l'éperon constitué par les débris de la cloison recto-vaginale; plus bas, le cloaque qui est formé, en avant, par les parois vaginales antérieures et latérales; en arrière, par les parties latérale et postérieure du rectum; sur les côtés, par une large surface triangulaire dont on peut facilement se faire une idée.

Bientôt les lèvres se tuméfient et s'enflamment, présentent des callosités, des eschares; puis, au bout de quelques jours, l'inflammation se modère; il se forme des bourgeons charnus, et la cicatrisation se fait isolément pour chaque lèvre.

Cette terrible affection se complique ordinairement d'un prolapsus utérin qui est d'autant plus incommode qu'on ne peut maintenir l'utérus que par un pessaire tout spécial et très-difficile à adapter, et surtout à conserver.

Du reste, pour peindre l'état des malheureuses affectées de cette infirmité, on ne peut mieux faire que d'emprunter au mémoire de Roux la description suivante : « La femme, en cet état, est dans la plus horrible position : perdant continuellement des gaz intestinaux et des matières fé-

cales, elle est obligée de vivre à l'écart, loin du monde, d'abandonner toutes ses habitudes. Pour diminuer, autant que possible, la quantité des fèces, elle contente à peine son appétit. De toutes ces privations, il résulte que la malheureuse dépérit chaque jour de plus en plus, et supporte difficilement une vie qu'elle voudrait voir s'éteindre. »]

§ V. — Pronostic.

Si la rupture est peu grave, il n'y a aucune conséquence mauvaise à redouter; mais si elle s'étend jusqu'à l'anus, la malade ne sent plus aucune résistance au niveau du détroit inférieur, et elle éprouve sans cesse la sensation d'un corps qui voudrait tomber. Sans aucun doute, un accident de ce genre favorise beaucoup les chutes de l'utérus. Si la cloison recto-vaginale a été déchirée, la situation de la malade est réellement digne de pitié. Les fèces passent involontairement à travers le vagin, et la propreté la plus minutieuse ne peut empêcher une odeur infecte. Les lochies qui passent sur les lèvres de la plaie en empêchent la cicatrisation; les bords de cette plaie deviennent calleux et prennent l'aspect d'un ulcère. Si la déchirure est peu étendue, elle se rétracte et guérit en très-peu de temps : dans les cas même où la cloison recto-vaginale a été intéressée, une cicatrisation partielle peut se faire; il ne reste plus qu'une fistule : la malade est donc, en partie au moins, guérie de son infirmité : mais cette guérison, même incomplète, demande encore des mois ou des années.

§ VI. — Traitement.

Le traitement se divise en *prophylactique* et en *curatif*.

I. *Traitement prophylactique.* — Il consiste à prévenir toutes les causes de déchirure du périnée, soit en plaçant les femmes dans une position convenable, soit en donnant aux parties molles le degré de souplesse et de résistance qu'elles doivent avoir, soit en agrandissant les dimensions de la vulve lorsqu'une rupture paraît imminente. La femme doit être couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies, les genoux écartés et le siége reposant sur un coussin assez résistant pour l'empêcher de s'enfoncer dans l'épaisseur du matelas. Dans cette position, rien ne pourra contrarier les divers mouvements imprimés au fœtus. Dans le cas de rigidité du périnée, on proposait autrefois divers moyens, tels que des fomentations chaudes, du tartre stibié, et même des saignées. Mais, depuis la découverte du chloroforme, tous ces moyens ont été laissés de côté avec raison. Rien ne vaut assurément les anesthésiques pour combattre les contractions musculaires et donner au périnée toute la souplesse désirable.

Une question se présente ici, celle de savoir si l'accoucheur doit soutenir le périnée. Jusqu'à ces dernières années, l'opportunité de cette

pratique n'avait jamais été mise en doute; depuis, quelques auteurs l'ont attaquée, mais, selon nous, à tort. L'accoucheur se placera au côté droit de la femme. Il passe le bras droit sous la cuisse droite, la main appuyée par sa face palmaire contre le périnée, le bord cubital appuyant sur le coccyx et le pouce étendu entre la grande lèvre et la cuisse. La main doit offrir une courbure identique avec celle de la partie inférieure du canal que doit parcourir le fœtus, et il ne doit rester aucun vide entre les deux plans résistants fournis d'une part par la main, de l'autre par le sacrum et le coccyx. Par cette position, l'accoucheur a la mesure exacte de la tension du périnée. Si celle-ci est forte, si les douleurs sont vives, il engage la femme à ne faire aucune espèce d'efforts, et même il porte la main gauche sur le sommet à demi engagé, afin de le maintenir et de l'arrêter.

Si les douleurs se succèdent trop rapidement, qu'elles ne soient pas en rapport avec le degré de dilatation du périnée, il faudra tâcher de calmer l'irritabilité excessive de l'utérus en donnant des opiacés par la bouche ou en lavements. En pareil cas encore, on pourra avoir recours aux anesthésiques.

Dans les cas où, malgré toutes ces précautions, une rupture semblerait inévitable, Paul Dubois, en France, Blundell, en Angleterre, ont conseillé de pratiquer sur les côtés de la vulve une espèce de débridement, soit d'un seul côté, soit même des deux côtés. Après l'accouchement, ces incisions sont réduites à presque rien, et se guérissent facilement d'elles-mêmes.

II. *Traitement curatif.* — [Le traitement curatif a pour objet de remédier aux effets d'une déchirure du périnée.]

Ainsi que je l'ai dit, dans les cas peu graves, la guérison a lieu sans qu'on ait besoin d'y aider, et, même avec des déchirures d'une certaine étendue, il n'y a souvent besoin que d'une très-grande propreté, de maintenir la malade dans la même position, afin que les lèvres de la plaie restent bien au contact, et d'empêcher les évacuations intestinales pendant quelques jours. Si l'on échoue avec ces moyens, on peut avoir recours alors à une compression modérée : on applique un bandage autour des hanches, et une compresse graduée de chaque côté du raphé périnéal, de manière à rapprocher et à maintenir en contact les lèvres de la plaie. On avait essayé de bandes adhésives, mais sans succès.

[[Dans les cas de déchirures incomplètes, on peut se servir des serre-fines pour rapprocher les lèvres de la solution de continuité. Ce moyen, qui réussit dans beaucoup de cas, a été préconisé récemment par M. Bourgeot (1).

Cet auteur a rassemblé 24 observations de déchirures du périnée, prises

(1) V. Bourgeot, *Des déchirures du périnée et du traitement des déchirures incomplètes récentes par les serre-fines.* Thèse 1872.

à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Siredey : dans 1 cas, la réunion a été tentée par la suture, et il y a eu insuccès complet; dans les 23 autres cas, les serre-fines ont été employées peu de temps après l'accouchement et l'on a compté 18 guérisons complètes, 2 guérisons incomplètes et 5 insuccès attribués à diverses complications (érysipèle, hémorrhagie des lèvres de la plaie, etc.).

En présence de ces résultats, l'auteur conclut qu'on doit toujours opérer, même les déchirures incomplètes, et pratiquer l'opération immédiatement après l'accouchement. Suivant les cas, M. Siredey applique 3 ou 4 serre-fines et les enlève après 24 ou 30 heures.]]

Dans beaucoup de cas, on réussit par ces simples moyens, mais souvent aussi on échoue; quand surtout la cloison recto-vaginale est intéressée, il reste alors encore une ressource, c'est la *suture*.

La suture fut proposée pour la première fois par Ambroise Paré (1), et fut depuis pratiquée par Guillemeau, Delamotte (2), Saucerotte (de Lunéville) (3), Trainel (4), Noel (de Reims) (5), Dieffenbach, Ph. J. Roux, Baker Brown, Montain (6), etc. Cette opération doit être faite, ou bien sur-le-champ, immédiatement après l'accouchement, ou bien plus tard, quand toute cause d'irritation locale a cessé, et que les lochies mêmes ont cessé de couler.

[Sur ce dernier point, l'époque de l'opération, les chirurgiens ne sont plus d'accord. Roux (7) et Velpeau (8) veulent qu'on attende la cicatrisation : ils proscrivent d'une manière absolue l'opération immédiate et s'appuient sur des considérations tirées de l'état général et de l'état local. La période puerpérale prédispose aux inflammations, à la résorption purulente, la femme elle-même est fatiguée, plus impressionnable, et acceptera plus difficilement l'idée d'une opération longue et douloureuse dont on ne pourra garantir l'efficacité.

De plus, il s'agit d'opérer sur des tissus qui viennent de subir un traumatisme sérieux, qui ont été plus ou moins contondus par le passage du fœtus et qui, par cela même, sont prédisposés à la gangrène; l'écoulement sérosanguin, puis les lochies, viendront s'infiltrer entre les surfaces accolées et en empêcher la réunion.

Ces deux auteurs veulent donc attendre que la santé de la femme soit rétablie, que les bords de la déchirure soient revêtus d'une cicatrice ; que toutes les parties voisines soient revenues à leur état normal.

(1) Amb. Paré, *Œuvres*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 718.
(2) Delamotte, *Accouchements*, t. II, obs. 205.
(3) Saucerotte, *Mélanges de chirurgie*. Paris, 1801.
(4) Trainel, *Journal général de médecine*, t. IV, p. 427.
(5) Noël, *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. VII, p. 187.
(6) Montain, *Revue médicale*.
(7) Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, t. I.
(8) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édition. Paris, 1839.

D'autres auteurs, et, entre autres, Danyau (1) et Demarquay, veulent, au contraire, que l'opération soit pratiquée immédiatement après l'accouchement, car alors ce n'est plus une opération, ce n'est plus qu'un pansement. Simon (de Liége) va même jusqu'à dire que l'accoucheur doit toujours avoir sous la main tout ce qu'il faut pour faire une suture du périnée, si la déchirure venait à se produire pendant le travail. Les tissus sont naturellement tuméfiés, et les surfaces de la déchirure ont de la tendance à se mettre en contact : le rapprochement pourra donc se faire exactement, sans qu'on ait à craindre les tractions des muscles de la région, et, par conséquent, sans qu'on soit obligé de faire ces incisions libératrices qui viennent toujours compliquer l'opération.

Pour obvier au peu de résistance que présentent les tissus contondus et gorgés de sang, il suffira d'enfoncer les fils de la suture un peu plus profondément et de prendre une plus grande épaisseur de tissus, et, en faisant la suture avec soin, on peut mettre les surfaces accolées à l'abri des lochies.

Tels sont les principaux arguments que présentent les partisans de l'opération immédiate. Du reste, à cette idée se sont rattachés de grands chirurgiens parmi lesquels nous citerons seulement Dieffenbach (2), en Allemagne, et Auguste Bérard (3), en France. Ce dernier auteur insiste surtout sur l'avantage de faire une opération presque sans douleur, les tissus étant encore paralysés par le travail de l'accouchement. En outre, si l'on échoue, cet insuccès ne compromet en rien les chances d'une seconde tentative.

Entre ces deux opinions, Nélaton, Verneuil, Maisonneuve (4), et même aussi Danyau, en ont émis une troisième, qui est d'attendre quelques jours après l'accouchement. Toute la plaie se recouvre de bourgeons charnus qui dispensent de faire un avivement. On n'a qu'à rapprocher ces bourgeons charnus avec des points de suture, et les tissus environnants sont encore dans un état de relâchement suffisant pour qu'on n'ait pas besoin d'avoir recours à aucune incision latérale suplémentaire.

Dans deux cas rapportés par Nélaton (5), ce chirurgien opéra une fois le quatrième jour, une autre fois le septième, et le succès fut aussi complet que possible. Nous-même, au mois de novembre 1864, assisté de M. le docteur Paul Horteloup, nous avons opéré au huitième jour de son accouchement une dame atteinte d'une déchirure périnéale au troisième degré, et nous avons eu un succès complet. Si donc il nous est permis de

(1) Danyau, *Mémoire sur la périnéoraphie pratiquée immédiatement après l'accouchement* (*Journal de chirurgie*, juin 1843).

(2) Dieffenbach, *Die operative Chirurgie*, t. I, p. 612 ; *La chirurgie*, par Philips, 1re partie. Berlin, 1840, p. 73.

(3) Bérard, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, article PÉRINÉE. Paris, 1841, t. XXIII, p. 514.

(4) Maisonneuve, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1849.

(5) Nélaton, *Traité de pathologie chirurgicale*, t. V.

donner ici notre opinion personnelle, ce serait à ce dernier parti que nous donnerions la préférence, en établissant, toutefois, comme règle absolue, que la femme doit ne présenter et n'avoir présenté aucun accident particulier.

Mais il s'en faut de beaucoup que le chirurgien ait, en général, à choisir son moment, et, dans le plus grand nombre des cas, au contraire, c'est sur des ruptures du périnée depuis longtemps cicatrisées qu'il doit agir. La sage-femme, ou le médecin-accoucheur, n'a pas voulu effrayer la malade, ou bien il a compté un peu trop légèrement sur une guérison spontanée, et ce n'est que plus tard, quand la femme est atteinte d'une affreuse infirmité, que le chirurgien est appelé et pratique la suture.]

Il y a trois sortes de suture : la suture interrompue, la suture entortillée et la suture avec des tubes placés de chaque côté de la plaie.

Osiander et Dieffenbach ont eu des succès avec le premier procédé ; mais, suivant Duparcque, les succès et les échecs se compensent à peu près.

Anock (1) a guéri une malade par ce procédé ; Rayer en a guéri deux. Mettauer (2), de Virginie (États-Unis), a réussi dans plusieurs cas, avec l'emploi des fils de plomb : les fils, une fois introduits, étaient entortillés ensemble à leurs extrémités. On ne les retirait qu'au bout de six semaines, et dans plusieurs cas la réunion s'était faite. La grande objection à la suture interrompue est que, les lèvres n'étant pas au contact dans toute l'étendue de la plaie, la réunion peut souvent ainsi n'être que partielle.

La même observation est applicable à la suture entortillée, bien qu'elle ait été appliquée avec succès par Morbonne, Saucerotte, Noël, Dieffenbach (3), etc.

La suture avec les tubes latéraux est évidemment celle qui permet de placer le mieux en contact les lèvres de la plaie. Dupuytren, Roux, Dieffenbach, obtinrent des succès par ce procédé. P. Dubois échoua par le même procédé. Davidson (4) raconte ainsi un cas de succès avec cette ligature.]

Observation I. — Le 6 novembre 1838, étant accompagné par Henry Davis, je pratiquai l'opération de la manière suivante : au moyen d'une aiguille courbe, j'introduisis profondément tout près du rectum un fil double très-fort, puis un second près du vagin, à une distance d'un demi-pouce du premier ; j'avivai alors les bords de la plaie, ce que je n'avais pas encore fait, pour ne pas être gêné par l'écoulement de sang et pour pouvoir placer les fils plus à mon aise. Une fois les ligatures placées, je pris deux petits morceaux d'une sonde de gomme élastique, chacun d'un pouce et demi de longueur ; je plaçai l'un dans les anses formées par les fils, et l'autre entre les chefs indé-

(1) Anoch, in Merriman, *Synopsis*, p. 110.
(2) Mettauer, *Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XIX, p. 552.
(3) Dieffenbach, *La chirurgie*, par Philips, p. 78 et suivantes.
(4) Davidson, *Lancet*, 4 mai 1839.

pendants des fils, lesquels je nouai solidement sur ce morceau de sonde. Roux avait remarqué que par ce procédé on produisait le renversement des bords de la plaie, et, pour obvier à cet inconvénient, entre les points de suture principaux, il plaçait de petites sutures secondaires. Pour arriver au même but, et pour maintenir plus solidement et plus intimement en contact les parties divisées, j'eus recours au moyen suivant : j'armai deux aiguilles courbes d'un morceau de ruban étroit, et de 4 pouces de long, avec un nœud à chaque extrémité; les rubans furent glissés au-dessous des cylindres de gomme, à un demi-pouce de chaque extrémité, chacun d'eux entre deux fils à ligature; les bords des deux extrémités les empêchaient d'échapper; cela fait, je rapprochai du même coup les bords de la plaie sur les deux cylindres en attachant les fils à ligature, et par-dessus le tout je nouai de plusieurs rubans de fil, qui vinrent ainsi consolider la réunion et empêcher les bords de la plaie de se relever. Les selles furent ensuite prévenues avec de l'opium, la malade fut sondée soir et matin, et comme régime on donna un peu de biscuit et de gruau. Les fils furent retirés le septième jour : la réunion était complète. Au bout de neuf ou dix jours, l'urine sortit naturellement; le septième jour, la malade alla à la garde-robe, et après six ou sept semaines elle pouvait marcher comme avant tous les accidents.

S'il y a une perte de substance, ou s'il y a rétraction des tissus latéraux, au point que la mise en contact soit difficile, Dieffenbach a conseillé une incision cutanée de chaque côté. Horner a conseillé de sectionner de même de chaque côté le sphincter afin de résorber les parties. Dans un cas, il tailla même un lambeau de chaque côté, moitié en haut, moitié en bas, pour combler la perte de substance (1). Son idée de diviser le sphincter a été aussi préconisée par Copeland, Bransley Cooper et Baker Brown (2). Le dernier chirurgien a publié plusieurs cas de succès, et il conseille ainsi de favoriser la constipation pendant quelques jours à la suite de l'opération. Il avive d'abord les bords de la déchirure, enfonce profondément les sutures (fig. 328) et divise ensuite de chaque côté le sphincter pendant que la malade est encore sous l'influence du chloroforme. Il faut donner une purgation avant l'opération, et de l'opium ensuite pour produire de la constipation. Quand la réunion est complète, on fait sortir les matières avec un grand lavement. Pendant quelque temps, on devra sonder la malade matin et soir; dans les cas où le sphincter a été intéressé, et peut-être même une portion du rectum, il me paraîtrait à propos de diviser l'opération en deux temps : le premier pour réunir les bords du rectum, le second pour le périnée. Le régime devra être sévère : un peu de biscuit et du gruau. Inutile de dire qu'il faut un repos absolu. « Si la guérison n'est pas complète, dit Burns, si les matières ne peuvent être complétement retenues, la malade devra faire usage d'une ceinture et d'un bandage en travers fixé à cette ceinture. Il arrive quel-

(1) Horner, *American Journal of med. Sciences*, octobre 1850, p. 329.
(2) Baker Brown, *On the surgical diseases of women*, 1852, p. 31.

quefois qu'à l'extrémité déchirée du rectum il reste un fragment du sphincter interne, qui forme une sorte de valvule flasque vers la convexité du coccyx : par suite de l'existence de cette valvule, les matières, à moins d'être liquides, restent dans la concavité du sacrum, et ne passent pas par la vulve, excepté dans les cas où la malade fait des efforts. Quel-

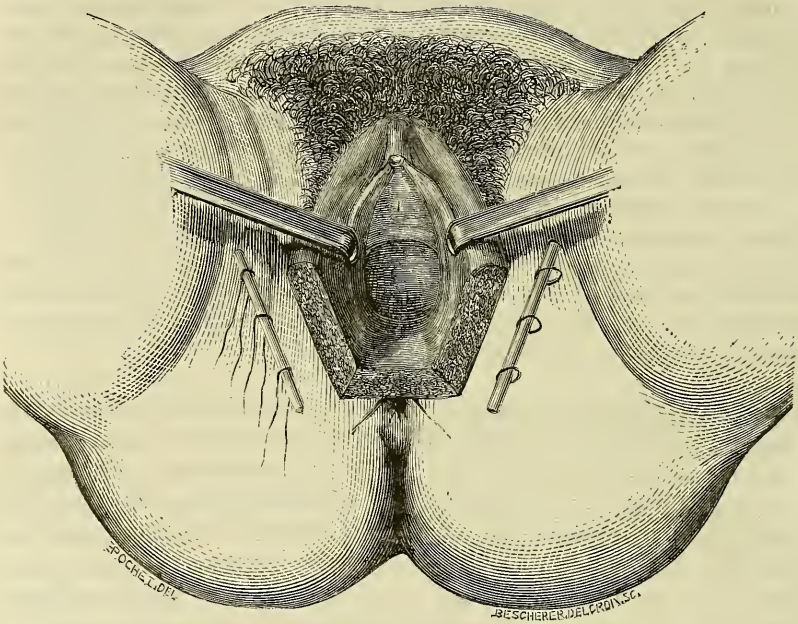


Fig. 328. — Périnéorrhaphie. Procédé de M. Baker Brown.

quefois le périnée est réuni, mais sur la cloison, et alors la surface interne du rectum vient faire saillie dans le vagin. Dans ces cas, il faut aviver les bords de la déchirure et appliquer des érignes. »

[Nous arrivons au procédé de Roux (1), qui fut le premier à faire de la *périnéorrhaphie* une opération fixe, régulière, et l'on peut même dire classique.

1° *Procédé de Roux.* — La malade est dans la position de la taille : dans le premier temps, le chirurgien avive les bords de la plaie, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri, en ayant soin de n'enlever qu'une épaisseur de tissu aussi faible que possible ; il avive de même les bords de la cloison quand elle est déchirée ; cela fait, il procède au placement des points de suture. Le plus souvent, on n'en place que trois, une au milieu de la commissure vulvaire, une autre tout près de l'anus, et une troisième au niveau

(1) Ph. J. Roux, *Mémoire sur la restauration du périnée chez la femme* (*Mémoires des savants étrangers à l'Académie des sciences*, t. V; *Gazette médicale*, 1834; *Quarante années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, p. 867).

de la cloison. Pour cela, il prend des aiguilles fortes bien acérées, dans lesquelles on enfile un fil double et plat de 3 millimètres de largeur environ ; il saisit avec quelques doigts de la main gauche le bord gauche de la plaie avivée, afin de la soutenir, et il enfonce une première aiguille de dehors en dedans, à 30 millimètres au moins de la plaie, d'abord perpendiculairement à la peau, puis obliquement, de manière à la faire ressortir un peu au delà du point le plus profond de la surface saignante. Il attire alors cette aiguille et la ligature qu'elle entraîne après elle, puis il enfonce dans la lèvre droite de la déchirure de dedans en dehors, en lui faisant suivre un trajet en tout semblable au précédent, mais en sens inverse. Il place de même tous les autres fils ; seulement il a soin de commencer par les plus près de l'anus et de faire pénétrer celui qui est au niveau de la cloison un peu avant dans cette cloison, si elle est déchirée. Cela fait, il dédouble les fils, et place de chaque côté un morceau de bougie de gomme élastique entre les fils dédoublés, et noue fortement de chaque côté.

2° *Procédé de Dieffenbach.* — Ce chirurgien faisait une suture entrecoupée au centre de la division, de manière à comprendre de chaque côté une largeur de téguments d'environ 9 millimètres. Il plaçait ensuite deux points de suture entortillée au-dessus et en avant de la suture entrecoupée, puis deux autres en arrière près de l'anus. S'il y avait déchirure du rectum, il la réunissait d'abord par plusieurs points de suture simple ainsi que l'orifice vaginal.

Quand le rapprochement était terminé, Dieffenbach pratiquait à gauche une incision qui, commençant à 13 millimètres en dehors du bord postérieur de la grande lèvre gauche, était conduite de haut en bas en forme d'arc, d'abord en dehors, puis en dedans, et se terminait sur le côté de l'anus à 1 centimètre environ de cette ouverture.

Une incision semi-lunaire semblable était pratiquée sur le côté droit. La portion de peau comprise entre la fente du périnée et chaque incision devait avoir 2 centimètres de largeur environ au point correspondant à la plus grande convexité de l'incision.

Ces incisions de Dieffenbach ont l'avantage immense de soustraire la suture au tiraillement qu'exerceraient sur elle les tissus voisins ; à peine sont-elles pratiquées qu'on voit un écartement considérable se produire, en même temps la partie moyenne qu'elles circonscrivent entre elles s'enfonce de 2 centimètres au moins au-dessous du niveau de la peau environnante. La malade peut même exécuter des mouvements sans que la suture subisse la moindre traction.

Au lieu de faire les incisions libératrices de Dieffenbach, Nélaton maintient la réunion à l'aide de longues bandes de diachylon qui vont d'une épine iliaque à l'autre en passant par-dessus les fesses.

Dans le but de relâcher aussi les parties et de rendre plus facile la sortie des garde-robes, Mercier a proposé de fendre en arrière le sphincter anal, conseil qui a été peu suivi.

Jobert, de Lamballe (1), a aussi imaginé un procédé particulier de périnéorrhaphie qu'il a désigné sous le nom de *périnéoplastie*. Ce mode opératatoire a seulement cela de particulier que les deux incisions latérales sont plus étendues que celles de Dieffenbach, elles sont aussi à convexité externe et dépassent en arrière l'ouverture anale. Quant à la solution de continuité du périnée, ce chirurgien la réunit par quatre points de suture entrecoupés placés à 1 centimètre environ de distance l'un de l'autre et exécutés avec des fils plats et cirés.

En 1845, Jobert avait détaché la cloison recto-vaginale par deux profondes incisions verticales faites sur les côtés du vagin et du rectum.

En 1849, Maisonneuve (2), opérant peu de temps après l'accouchement une déchirure du périnée, réunit par une suture en surjet les trois bords rectal, vaginal et périnéal de la plaie, puis il passa un fil double près de la commissure vulvaire et un autre près de l'anus, et avec ces deux fils il pratiqua une suture enchevillée.

3° *Procédé de M. Langenbeck.* — Dans ces derniers temps, Langenbeck (3) a inventé une méthode qu'il nomme *périnéo-synthèse* et qui a été appliquée quatre fois avec succès par Verhœghe, d'Ostende (4). Ce procédé est long et assez difficile à mettre en pratique.

On peut le diviser en plusieurs temps : 1° avivement du bord libre ou éperon de la cloison recto-vaginale ; 2° dédoublement de cette cloison et formation d'un lambeau destiné à former dans le nouveau périnée le côté antérieur de l'espace triangulaire ; 3° avivement des deux lèvres de la solution de continuité ; 4° placement des sutures ; 5° incisions de Dieffenbach.

On commence par aviver l'éperon avec des ciseaux, puis on pratique une incision semi-lunaire dont la convexité passe à 2 ou 3 lignes du bord inférieur de la cloison. L'incision ne doit intéresser que la muqueuse vaginale et le tissu cellulaire sous-muqueux et éviter de pénétrer dans le rectum.

On saisit la lèvre supérieure avec une pince et on la dissèque dans une hauteur de 6 lignes environ et dans toute la largeur de la cloison. On la dédouble ainsi en deux lames dont l'une postérieure est destinée à rester en arrière pour former le rectum, et dont l'antérieure est ramenée en avant pour être fixée de chaque côté par ses angles à la partie antérieure du nouveau périnée.

(1) Jobert (de Lamballe), *Périnéoplastie chez la femme, opération* (*Gazette des hôpitaux*, 1853, p. 140) ; *De la réunion en chirurgie*. Paris, 1864, p. 681, et pl. V, fig. 3.

(2) Maisonneuve, *Déchirure du périnée et de la partie correspondante du sphincter de l'anus* (*Gazette des hôpitaux*, 1849, p. 310, et *Bull. de la Société de chirurgie*).

(3) Langenbeck, *Sur un procédé opératoire pour la guérison des ruptures complètes du périnée* (*Gazette des hôpitaux*, 22 janvier 1853, p. 33).

(4) Verhœghe, *Essai de chirurgie plastique*, d'après les principes du professeur B. Langenbeck. Bruxelles, 1856.

Dans un troisième temps on avive les deux côtés de la déchirure en circonscrivant un espace quadrilatère un peu allongé dans le sens antéro-postérieur (de la vulve vers l'anus), en évitant d'empiéter sur la muqueuse du vagin et sur la peau en bas. Cet espace quadrilatère doit avoir un pouce 1/2 de long sur 3/4 de pouce de large.

Le quatrième temps comprend la suture; on commence par celle du rectum; on fait pénétrer dans la peau à gauche du bord antérieur de l'anus et à 4 ou 5 lignes du bord de la plaie une aiguille courbe qu'on dirige de manière à la faire sortir sur le bord avivé de l'éperon à la distance de 2 lignes environ à gauche du point de milieu; puis on l'enfonce sur le même bord à la même distance à droite de la ligne médiane pour la faire ressortir à un point de la peau du côté opposé correspondant à celui par lequel on l'avait fait entrer. En tirant un peu sur les deux extrémités de ce fil, on voit l'éperon se relever en se pliant en deux parties égales qui se mettent aussitôt en contact par leur bord saignant sur la ligne médiane, le rectum est alors fermé. On procède ensuite à la réunion du périnée proprement dit; on doit placer quatre points de suture en commençant par l'inférieur et en ayant soin de laisser entre chaque point un inervalle de 4 lignes environ. Les aiguilles pénètrent à 4 ou 6 lignes du bord de la plaie et comprennent le fond de celle-ci sans empiéter sur la muqueuse du vagin. Elles ressortent après ce long trajet à un point correspondant exactement (quant à la distance du bord de la plaie) à celui par lequel elles étaient entrées.

La lame vaginale est alors fixée par deux à trois points de suture à la partie antérieure des deux lèvres de la division avivée. Cette lame forme un plan incliné en bas et en avant qui recouvre comme une voûte les parties essentielles de l'opération, et oblige en même temps tous les liquides sécrétés par le vagin à couler vers la vulve sans s'infiltrer dans l'interstice de la réunion. Elle reconstruit le côté antérieur de l'espace triangulaire qui forme le périnée.

On serre alors tous les liens du périnée en commençant par l'inférieur, entre la deuxième et la première suture en allant d'avant en arrière, on met un point de suture entortillée. Enfin, tout étant ainsi terminé, le chirurgien pratique les incisions semi-lunaires de Dieffenbach.

Des accidents nombreux peuvent survenir après la périnéorrhaphie, sans parler de ceux qui peuvent compliquer toute espèce de plaie, comme l'érysipèle, etc. Tantôt ce sont les fils trop serrés qui coupent les tissus et font échouer la suture; tantôt c'est une inflammation violente qui, tuméfiant fortement les parties molles, amène la constriction des fils, des eschares se forment, et l'opération ne réussit pas.

Un des accidents les plus fréquents, c'est la persistance d'une petite fistule recto-vaginale. La cautérisation paraît en avoir guéri quelques-unes, mais quelquefois ces fistules persistent; leur formation paraît due le plus souvent à l'infiltration dans la plaie, entre les surfaces réunies

soit des liquides vaginaux, soit des matières fécales qui détruisent les adhérences et amènent dans un point plus ou moins étendu une solution de continuité.

Les procédés de Roux, de Dieffenbach, etc., avaient l'inconvénient de laisser les deux bords avivés réunis par un simple contact du côté du vagin et du côté du rectum, ce qui rendait facile l'infiltration des matières étrangères. Langenbeck a remédié à cet inconvénient du côté du vagin par la lame de muqueuse qu'il tend en avant des surfaces avivées et qui les protége assez exactement; mais du côté du rectum l'infiltration peut encore se faire et produire des désordres graves.

Demarquay (1) a cherché, en modifiant les divers procédés mis jusqu'ici en pratique, un moyen d'obvier aux inconvénients qui peuvent faire échouer la suture du périnée. Il s'est attaché surtout à mettre les surfaces réunies à l'abri des matières liquides qui pourraient s'infiltrer entre elles et en amener le décollement. Le procédé qu'a imaginé le chirurgien de la Maison de santé paraît remplir plus de conditions de succès que ceux jusqu'ici employés; nous allons essayer d'en donner une idée.

L'avivement est dans le mode opératoire mis en pratique par M. Demarquay la partie la plus importante; c'est sur lui que repose en quelque sorte le succès, puisque c'est du soin avec lequel on le fait que dépend l'application des points de suture et la réunion plus ou moins exacte des surfaces. Cette partie de l'opération peut se diviser en deux temps. Dans un premier temps, le chirurgien agit sur les surfaces cicatricielles, il enlève de chaque côté de la cloison deux lambeaux triangulaires dont la base est inférieure et regarde la fesse, et dont le sommet tronqué correspond à l'éperon de cette cloison déchirée. La grandeur de ces lambeaux est, comme on le comprend, subordonnée à l'étendue de la cicatrice; dans un second temps, l'opérateur sépare l'une de l'autre la paroi vaginale et la paroi rectale; il dédouble ainsi la cloison dans une hauteur de 1 centimètre environ, et dissèque de chaque côté avec le plus grand soin les muqueuses du vagin et du rectum. Après avoir ainsi pratiqué l'avivement, il procède à la suture qui peut se diviser en temps : 1° suture du vagin; 2° suture du rectum; 3° suture du périnée.

Du côté du vagin, il fait avec des fils cirés de cinq à neuf sutures simples en commençant par la plus profonde; l'aiguille courbe armée d'un fil est enfoncée à gauche dans la muqueuse vaginale; elle traverse la lame de la cloison dédoublée et apparaît sur la surface d'avivement, puis la pointe est enfoncée sur le point correspondant de l'autre côté pour aller sortir également sur la muqueuse vaginale. On a ainsi une anse de fil dans la plaie, et les deux bouts dans le vagin. On applique exactement de la même manière les autres fils cirés qu'on pourra nouer ensuite dans

(1) Demarquay, in Launay, *Recherches sur la périnéorrhaphie* (*Gazette médicale de Paris*, 1864).

ce conduit. Grâce au dédoublement de la cloison, les deux lambeaux de la muqueuse vaginale se trouveront en contact quand on serrera les fils, non par leurs bords seulement, mais aussi par une surface saignante d'une étendue d'autant plus grande que les fils auront traversé une épaisseur plus grande de parties avivées.

L'opérateur réunit ensuite de la même manière du côté du rectum les lambeaux de la cloison dédoublée, en plaçant également les anses de fil dans la plaie et les bouts dans l'intestin. Il opère ensuite le rapprochement des surfaces en nouant les fils; ceux-ci sont moins nombreux dans le rectum, trois ou quatre suffisent d'ordinaire. Quand on est arrivé à cette partie de l'opération, la plaie a la forme d'un entonnoir dont la base regarde le chirurgien qui opère et dont le fond correspond à celui de la déchirure. Les parois de l'entonnoir sont latéralement les surfaces cicatricielles avivées; en avant et en arrière il est limité par les deux sutures qui, rapprochant séparément les muqueuses du vagin et du rectum, isolent complétement les deux conduits dont nous parlons.

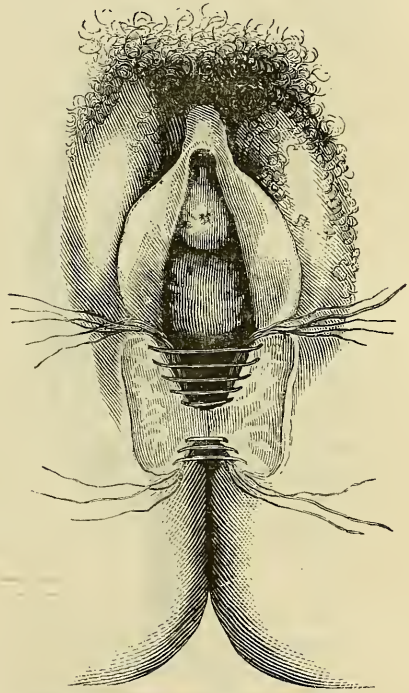


Fig. 329. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. Demarquay, 1er temps.

Il ne reste plus alors qu'à rapprocher l'une de l'autre les parois latérales de cet entonnoir; c'est ce que fait Demarquay à l'aide de trois fils métalliques qui, enfoncés profondément à l'aide d'aiguilles courbes en allant toujours de gauche à droite, vont au fond de la plaie former trois anses. En nouant l'une avec l'autre les extrémités de ces fils, on met en contact les deux surfaces triangulaires avivées.

Enfin, pour compléter le tout, le chirurgien fait, à l'aide de fils cirés, une série de ligatures simples moins profondes qui établissent une liaison entre celles de la cloison vaginale et celles de la cloison rectale.

Le périnée est alors reconstitué complétement. Pour mieux faire comprendre la description du procédé de Demarquay, nous avons cru devoir recourir au dessin et montrer par quelques figures les temps principaux de l'opération. Dans la figure 329, on voit les surfaces triangulaires avivées, et de plus les sutures du côté du vagin et du côté du rectum; il ne

reste plus qu'à serrer les fils pour convertir la plaie en un entonnoir, ce que montre la figure 330, dans laquelle on voit en outre les trois fils métalliques destinés à rapprocher l'une de l'autre les deux parois latérales; enfin la figure 331 fait voir le périnée reconstitué.

La suture étant ainsi terminée, le chirurgien pratique les deux incisions semi-lunaires de Dieffenbach qui, comme nous l'avons dit, ont l'immense avantage de s'opposer à toute espèce de tiraillement.

D'autres procédés ont encore été proposés.

Laugier, laissant aussi de côté toute incision latérale, pratique l'opération en deux temps, pour les cas de déchirure complète du périnée et de

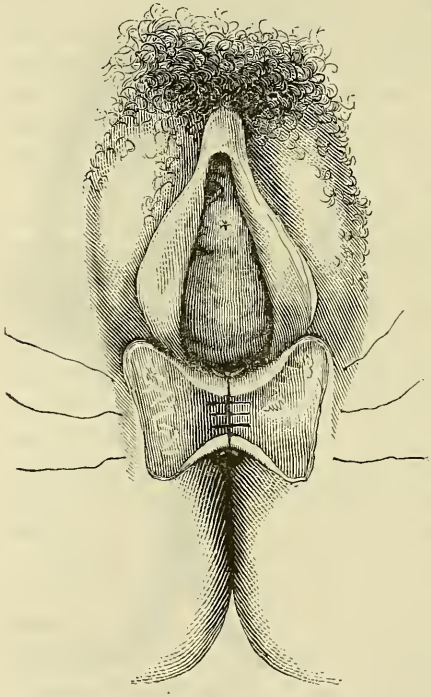


Fig. 330. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. Demarquay, 2e temps.

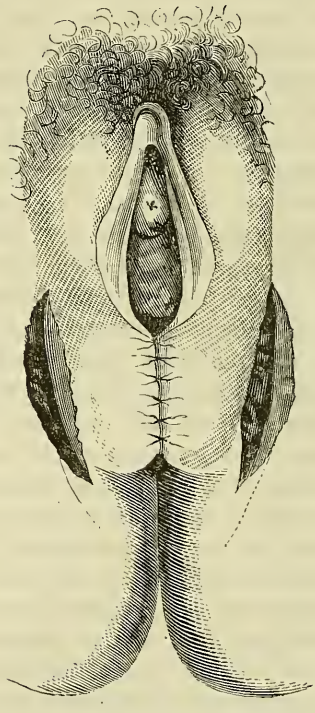


Fig. 331. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. Demarquay, 3e temps.

la cloison. Il commence par aviver la cloison et la réunir par trois points de suture entrecoupée qu'il n'enlève que le neuvième jour. Un mois après, il procède à la réunion du périnée par cinq points de la même suture. Il a obtenu ainsi une guérison complète.

En Angleterre, Hilton et Baker Brown ont proposé la section du sphincter anal pour remplacer les incisions de Dieffenbach. Le premier fait une double incision sous-cutanée de chaque côté du coccyx. Le second

fait dans le même point la section de ce muscle et des téguments tout à la fois.

Enfin, Verneuil conseille d'abandonner tout à la fois et les incisions latérales et la section du sphincter.

Nous terminons ce chapitre par l'histoire d'un fait très-intéressant que Verneuil a raconté lui-même à la Société de chirurgie.

Observation II. — Au mois de décembre 1861, M. Verneuil fut appelé à Saint-Lô pour une dame de trente-cinq à trente-six ans qui était atteinte d'une déchirure complète du périnée datant de plusieurs années. La vulve et l'anus ne formaient plus qu'une fente commune au fond de laquelle, à 3 centimètres de profondeur, on apercevait les débris de la cloison recto-vaginale séparant la moitié supérieure de la paroi inférieure du vagin de la cavité rectale.

L'utérus est un peu abaissé, mais non le prolapsus réel.

L'opération est décidée pour le 17 avril. La malade est posée dans la position de la taille, et, très-bien secondé par MM. les docteurs Bernard, Fresiel et Gombault, je procédai de la manière suivante :

Les fesses sont écartées de chaque côté par un aide. Le spéculum américain est placé dans le vagin, la convexité de la valve répond à l'arcade pubienne. La région est ainsi parfaitement accessible et bien éclairée ; les bords de la déchirure sont tendus et d'un abord facile. Pour être sûr d'obtenir des deux côtés une surface saignante d'égale dimension, je trace avec la pointe du bistouri la limite exacte des deux facettes d'avivement. En arrière, l'incision longe la muqueuse rectale sans l'intéresser, et en laissant même entre elle et la plaie d'avivement un petit liséré longitudinal de 1 millimètre de largeur ; de cette façon, j'évite la muqueuse intestinale. En revanche, et pour obtenir une surface d'adhésion suffisante, je dépasse hardiment les limites qui séparent la cicatrice de nouvelle formation du vagin en avant et de la peau en bas. Peu importe, en effet, de rétrécir quelque peu le vagin et la vulve, et, chez une femme mère de trois enfants, l'étoffe de ce côté ne faisait point défaut.

Je n'enlève que l'épaisseur des parties molles rigoureusement nécessaire, c'est-à-dire qu'avec un bistouri très-tranchant j'abrase très-superficiellement des deux côtés, sacrifiant une couche de moins de 1 millimètre. Les deux surfaces saignantes ainsi produites avaient la forme d'un triangle à base cutanée de 3 centimètres, à bords antérieurs et postérieurs un peu moins étendus, et se continuant avec la surface d'avivement des bords de la déchirure de la cloison. Pour aviver ceux-ci, j'observai les mêmes règles que pour la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire que je respectai complétement la muqueuse rectale et ménageai le liséré de sa soudure avec la muqueuse vaginale. C'est aux dépens de celle-ci que je créai tout autour de l'angle de la déchirure une surface saignante en forme de fer à cheval, large de plus de 1 centimètre, et formée par l'abrasion des couches les plus superficielles de la muqueuse. Je dénudai de la même manière toute l'éminence médiane, que j'ai dit plus haut être formée par la saillie isolée de la colonne postérieure du vagin.

Il résulte de ces détails que j'ai apporté à l'avivement une modification assez notable. Au lieu d'aviver perpendiculairement et d'enlever par consé-

quent dans toute la hauteur de la déchirure une languette de la muqueuse rectale, j'ai partout ménagé cette dernière. De plus, en respectant sa soudure avec la muqueuse vaginale et la cicatrice de nouvelle formation, j'ai évité de pénétrer dans la couche de tissu cellulaire lâche qui la sépare des autres tuniques intestinales. Le mince liséré conservé tout le long du bord rectal m'a permis plus tard de passer les fils à suture près de la même muqueuse sans la comprendre dans l'anse des fils. De cette façon, je n'ai, lors de la coaptation, nullement diminué la capacité du rectum et de l'orifice anal. Enfin, au niveau de la cloison, au lieu d'affronter seulement des languettes de 5 millimètres, telles que l'avivement perpendiculaire me les aurait fournies, j'ai mis en contact des surfaces de plus de 1 centimètre, obtenues aux dépens du vagin par l'incision faite en dédolant.

Cette manière de faire, un peu minutieuse à la vérité, mais qui n'exige cependant que de l'attention, assure, si je ne me trompe, la réunion, et prévient quelques accidents *suturés*. Lorsque l'écoulement sanguin, d'ailleurs minime, fut arrêté, je passai les sutures : 1° du côté du vagin, 2° du côté du périnée. Je plaçai cinq points sur la muqueuse vaginale, absolument comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale. Ils étaient à 6 millimètres environ les uns des autres ; le premier, placé un peu au-dessus du sommet de la déchirure ; le dernier, à l'endroit où devait se trouver la future commissure vulvaire. Les trois points supérieurs répondaient à la cloison ; les trois inférieurs, à la face vaginale du périnée proprement dit.

Tous les fils furent placés à l'aide de petites aiguilles légèrement courbées vers la pointe, et comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale, c'est-à-dire qui prendrait la muqueuse vaginale à un bon centimètre du bord avivé. Ils rampaient obliquement sous cette tunique et ne réunissaient qu'elle seule. Même au niveau des points supérieurs, les fils n'atteignaient point la muqueuse rectale.

Pour le périnée, j'usai de la suture entortillée, et je plaçai d'avant en arrière trois fils distants de 1 centimètre environ et pénétrant à des profondeurs diverses. Je suis forcé d'entrer ici dans quelques détails, pour faire comprendre la modification que j'ai fait subir à cette suture.

Dans le procédé ancien, le fil moyen formait une anse plus longue que l'antérieur et le postérieur; en effet, l'aiguille plongée à travers la peau se dirigeait en haut et en dedans et venait sortir sur la lèvre de la déchirure, tout près du sommet de cette dernière, rampant ainsi dans l'épaisseur de la partie inférieure de la cloison, à distance égale des faces vaginale et rectale ; puis l'aiguille plongée en sens inverse, c'est-à-dire de dedans en dehors et de haut en bas, complétait l'anse, qui par sa position devait rapprocher et affronter le sommet du V formé par la déchirure, ou, en d'autres termes, réunir la cloison déchirée de manière à prévenir la persistance d'une fistule recto-vaginale.

Les deux autres anses étaient conduites beaucoup moins profondément, l'une du côté du vagin, l'autre du côté du rectum ; il résultait de cette disposition que les deux moitiés du périnée étaient bien rapprochées du côté de la peau, mais très-imparfaitement du côté du vagin, du rectum, et surtout au niveau de la cloison, c'est-à-dire dans l'endroit le plus mince où un affrontement étroit diminuait considérablement les chances d'adhésion primitive. Ce

qui démontre que ce procédé était défectueux, c'est la fréquence des fistules recto-vaginales à la suite des opérations de Roux et de ses imitateurs.

En effet, pour peu que les lèvres de la plaie bâillent du côté du rectum, une parcelle de matière fécale ou même les gaz intestinaux, très-nuisibles à la réunion immédiate, s'interposent dans la fissure et font manquer l'adhésion ; aussi quelques chirurgiens ont-ils conseillé de placer de haut en bas sur la muqueuse rectale quelques points séparés, ou même de pratiquer une suture en surjet. Mais la muqueuse intestinale supporte mal la constriction et le contact des corps étrangers; puis, l'ablation des sutures rectales, peu facile à cause de l'étroitesse de l'anus, pourrait compromettre le succès d'une adhésion encore faible, de sorte qu'il m'a paru préférable de remplir la même indication en évitant les inconvénients de la suture rectale directe. Je crois y être parvenu en faisant de la suture enchevillée une suture périnéo-rectale, et voici comment :

Pour placer le fil périnéal le plus antérieur, je plongeai l'aiguille à 15 millimètres du bord gauche de la plaie, à quelques millimètres en arrière de la surface vaginale du futur périnée ; je la dirigeai de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière, et fis sortir sa pointe tout proche de la muqueuse rectale, c'est-à-dire dans le liséré que j'avais ménagé le long de cette muqueuse en faisant l'avivement.

En traversant symétriquement et en sens inverse les parties molles de la lèvre droite de la plaie, je complétai cette première anse, dont le sommet se trouvait à 5 ou 6 millimètres seulement de l'angle supérieur de la déchirure; la seconde suture, qui occupait la partie moyenne du périnée, fut placée de la même manière; mais elle avait moins d'étendue verticale, car le sommet de son anse traversait le liséré rectal à 1 centimètre environ au-dessous du premier point.

Enfin, le troisième point, très-rapproché de l'anus, embrassait encore une moindre hauteur des parties molles, tout en parcourant un trajet analogue. Ces trois sutures échelonnées remplissaient parfaitement le but; elles rapprochaient fortement vers la ligne médiane les parties profondes du périnée, et, sans intéresser directement la muqueuse rectale, affrontaient cependant fort exactement ces deux lèvres, comme je pus m'en assurer en portant doucement mon doigt dans le rectum, examen qui me démontra du même coup que les anses des sutures ne se sentaient aucunement dans l'intestin. L'ablation des fils ainsi placés ne présente ni difficultés ni danger pour la réunion effectuée.

Lorsque les cinq points vaginaux et les trois points du périnée furent en place, je substituai des fils métalliques d'un quart de millimètre aux fils de soie préalablement introduits. Puis, après avoir lavé la plaie à l'eau froide, je procédai à la réunion. Je serrai d'abord les fils vaginaux en les tordant à la manière de M. Sims, et, après avoir serré fortement sur les trois fils inférieurs, j'affrontai du même coup la muqueuse du périnée et la muqueuse rectale. La première série de sutures avait reconstruit l'orifice vulvaire, la seconde referma un orifice anal très-régulier. Les fils du périnée étaient simples : pour les fixer sur les chevilles, j'enfilai chacun des six chefs métalliques dans une petite aiguille à suture courte et forte avec laquelle je traversai de part en part les chevilles qui étaient deux bouts d'une sonde ordinaire de gomme de

4 millimètres de diamètre. Après quoi chaque chef fut assujetti à l'aide d'un coulant de plomb comprimé avec une forte pince.

Comme cela s'observe habituellement avec la suture enchevillée, les parties profondes étaient très-bien adossées, mais, entre les chevilles, les parties molles formaient un bourrelet saillant d'avant en arrière avec un hiatus médian répondant à la peau. Pour réunir celle-ci, je plaçai très-superficiellement deux points de suture entrecoupée avec des fils de soie très-fins.

Tout étant terminé, une injection froide abondante fut poussée dans le rectum et le vagin, les parties furent lavées, essuyées, et la malade reportée dans son lit.

L'opération proprement dite avait duré plus d'une heure, mais la réunion, de quelque côté qu'on l'examinât, ne laissait rien à désirer; la région avait repris sa configuration normale de la façon la plus complète; l'urine fut évacuée au moyen du cathéter, et bientôt après l'opérée prit une tasse de bouillon et s'endormit quelques moments.

Ce qui distingue surtout l'opération pratiquée par Verneuil, c'est l'absence d'incisions libératrices, telles que les incisions de Dieffenbach, de Baker Brown et autres.

Voici comment il s'explique à ce sujet :

A quoi peuvent répondre les incisions latérales de Dieffenbach? A faire cesser une tension notable des parties réunies et à remédier par la migration des parties voisines à une perte de substance produite par la lésion primitive. Or, ici, après la réunion, le rapprochement s'était fait sans difficulté, et l'affrontement était aussi exact que possible. Dès lors, il était tout à fait contre-indiqué de faire au périnée deux entailles profondes, douloureuses à pratiquer, longues à cicatriser, et laissant la porte ouverte à tous les accidents des plaies.

J'en dirai autant de l'incision du sphincter. La réunion effectuée, j'introduisis mon doigt dans l'anus : cet orifice avait conservé des dimensions suffisantes. Il était partout souple et extensible. Je supposai donc qu'à l'époque de la première défécation il céderait facilement et n'opposerait à l'issue des matières qu'une résistance modérée. D'ailleurs, je comptais reculer le plus possible la première garde-robe, et j'avais l'espoir qu'à cette époque la cicatrice serait assez solide pour soutenir l'effort, surtout si l'on prenait toutes les précautions nécessaires pour l'amoindrir. Je ferai d'ailleurs remarquer que, d'après la manière dont j'ai fait l'avivement, je n'avais point diminué la dimension de l'anus, et que, de plus, en ne comprenant dans les sutures ni la muqueuse rectale, ni la tunique musculaire de l'intestin, ni le sphincter, j'évitais, presque à coup sûr, les causes d'irritations qui provoquent les contractions et le ténesme et prédisposent à la section prématurée des lèvres réunies.

En résumé, j'étais guidé par cette idée générale que les procédés autoplastiques sont essentiellement destinés à remédier aux lésions *accompagnées de pertes de substance;* mais que, lorsque cette particularité manque, il faut se contenter des réunions simples ou *haphies*, en exécutant celles-ci avec toutes

les précautions nécessaires et en utilisant toutes les nouvelles conquêtes de la médecine opératoire. C'est par cette raison que dans les petites fistules péniennes, dans les fistules vésico-vaginales, dans la restauration des lèvres, etc., je m'abstiens des décollements et des incisions à distance; mais, en revanche, je multiplie les points de suture, j'emploie les fils métalliques, j'affronte de larges surfaces avec l'avivement oblique, etc.

Quant au traitement consécutif, les chirurgiens sont divisés sur un point important : les uns veulent qu'on entretienne soigneusement la liberté du ventre, et qu'on maintienne toujours les selles liquides par des laxatifs et des lavements. Les autres, au contraire, recherchent la constipation artificielle prolongée le plus possible, afin d'obtenir l'immobilité complète de la région opérée jusqu'à ce que la réunion soit solide.

J'ai adopté cette nouvelle manière de faire, qui exige, à la vérité, de grandes précautions lorsqu'arrive la première défécation. La constipation s'obtient par l'usage de l'opium. Je fis prendre tous les jours 10 centigrammes d'extrait thébaïque, ce qui réussit d'autant mieux que madame S..... était accoutumée à n'aller à la garde-robe que tous les quatre ou cinq jours.

Un autre point du régime offre une grande importance, je veux parler de l'alimentation. Les chirurgiens français sont dans l'habitude de soumettre à la diète, ou du moins à un régime très-réduit, les femmes qui subissent des opérations de ce genre; ils recherchent, si je puis ainsi m'exprimer, la constipation par défaut de matières fécales. Je suis d'un avis tout à fait opposé, et je partage complétement à cet égard l'opinion de M. Baker Brown; je donne aux opérées des aliments substantiels, très-nourrissants, laissant, à la vérité, peu de résidus : bouillon concentré, viandes rôties, œufs, vin de Bordeaux, boissons glacées pour étancher la soif, le tout généreusement accordé, en satisfaisant l'appétit de la malade. J'ai remarqué qu'une telle alimentation s'accorde fort bien avec l'usage des opiacés, et je pense même qu'elle corrige efficacement l'action souvent nuisible que les narcotiques exercent en cas d'abstinence; il est inutile d'ajouter que la diète prolongée, imposée à une malade que l'opération surprend en bonne santé, provoque des accidents généraux bien connus, lesquels nuisent singulièrement au travail si nécessaire de la réunion immédiate.

Telles furent les deux bases adoptées dans le traitement consécutif de madame S..... : décubitus dorsal; les cuisses rapprochées, maintenues autant que possible; compresses d'eau fraîche souvent renouvelées; injections froides vaginales et périnéales ou la décoction de camomille; cathétérisme répété toutes les trois heures, tels furent les moyens employés. Il y eut apyrexie complète, soif modérée, appétit régulier, sommeil suffisant.

Dans la nuit du quatrième au cinquième jour, la malade se plaignit toutefois d'une douleur assez vive au périnée. En examinant la région le lendemain, on constata que le fil médian du périnée exerçait une constriction trop forte, et qu'à son niveau la sonde de gomme servant de cheville pressait sur la peau assez fortement pour l'avoir ulcérée superficiellement du côté gauche et y avoir creusé un sillon; on coupa les grains de plomb qui fixaient les chefs du fil, et aussitôt la douleur cessa. Cet accident n'eut pas de suite.

Le huitième jour, j'enlevai les sutures. La réunion du côté du vagin était aussi complète que possible; les fils n'avaient rien coupé; ils étaient aussi

fixes que lors de leur application. Du côté du périnée, le bourrelet médian, formé par la pression latérale des deux chevilles, était effacé, et sur la ligne médiane la réunion était parfaite ; les deux points de suture faits avec la soie fine n'avaient pas coupé les parties molles, fort étroites cependant, qu'elles étreignaient.

Les fils de la suture enchevillée n'étaient nullement mobiles; ils n'avaient donc pas coupé les parties du côté des parties profondes. Bien au contraire, toute la pression exercée par eux avait porté sur les chevilles qui déprimaient assez fortement la peau. J'enlevai facilement la pointe antérieure et postérieure; quant au fil du point moyen, je ne pus le retrouver. J'explorai cependant le fond de la petite plaie occasionnée par la pression de la cheville. Nous ne savions trop si ce fil, délivré des deux coulants de plomb qui le fixaient, était tombé pendant les pansements, ou s'il était au contraire retiré profondément dans les chairs. Dans le doute, je ne crus pas prudent de fatiguer la région par des explorations prolongées, et je ne voulus pas même pratiquer le toucher rectal. Je comptais bien que ce fil, grâce à sa rigidité, se frayerait une route et se montrerait bientôt, soit à l'extérieur, soit dans le rectum, et qu'on en ferait sans peine l'extraction, supposition que la suite justifia.

En somme, le résultat était complet. Des dix points de suture, pas un n'avait manqué. Les orifices vulvaire et anal étaient reconstitués, et la région avait repris sa forme et ses dimensions normales. Le nouveau périnée avait tout près de 3 centimètres d'avant en arrière.

L'opium fut continué à la dose de 5 centigrammes. Du reste, les besoins de défécations n'avaient pas encore paru.

Pour assurer la solidité de la réunion périnéale, j'appliquai une bandelette de linge fin de 2 centimètres de large et de 5 centimètres de long, que je collai transversalement sur le périnée nouveau avec du collodion. Ce moyen protecteur fut continué pendant huit jours ; il me parut soutenir très-bien les parties réunies, et je n'hésite pas à en conseiller formellement l'emploi en pareil cas.

Cependant la petite plaie causée par la pression de la cheville avait persisté du côté gauche du périnée ; elle était entretenue par le fil métallique que nous n'avons pas retiré. La malade sentit un petit picotement superficiel le 3 mai, et elle retira elle-même le fil, qui était resté seize jours en place sans déterminer d'accidents; quarante-huit heures après, la plaie était fermée. Trois jours auparavant (et après treize jours de constipation), les besoins de la défécation s'étant fait sentir, on administra un verre d'eau de Sedlitz et des lavements huileux; la première selle se fit très-aisément sans douleur et sans accidents : la malade commençait à se lever dans sa chambre.

Le 11 mai, madame S..... était complétement guérie : les selles étaient régulières, les fonctions du rectum rétablies; la cloison recto-vaginale reconstituée présentait une épaisseur normale qu'on constatait en introduisant un doigt dans le vagin et un autre dans le rectum ; le périnée mesurait plus de 1 centimètre de la vulve à l'anus : c'était un succès complet.

De l'observation précédente, on peut conclure :

1° Il faut faire la suture sur les deux côtés du triangle, mais il n'est pas indispensable de faire pratiquer la suture rectale.

2° Il ne faut pas intéresser la muqueuse rectale. La muqueuse du vagin est plus tolérante, et on évite ainsi le ténesme de l'anus.

3° Les fils métalliques sont très-bien dans cette opération.

4° Depuis Dieffenbach, on a beaucoup insisté sur la nécessité du débridement, pour assurer la réunion des bords de la déchirure. Pour cela, on a employé les incisions latérales, qui n'ont pas eu beaucoup de succès en France, mais qui ont été généralement adoptés en Allemagne et en Angleterre. On a conseillé, dans le même but, la section du sphincter de l'anus, et Baker Brown la pratique sur deux points. Langenbeck, dans le but de prévenir une fistule rectale, a disséqué la muqueuse et l'a fait descendre jusqu'au périnée. Demarquay a répété à peu près le même procédé. En somme, toutes ces opérations sont très-complexes, et l'observation que nous venons de rapporter prouve que l'on peut obtenir de bons résultats avec des moyens beaucoup plus simples et moins dangereux (1).

Nous avons cité tout au long l'observation de Verneuil : il nous a semblé que cette description si minutieuse et si précise des faits pourrait mieux éclairer le médecin qu'une description dogmatique de son procédé.

Depuis cette époque, un habile chirurgien belge, Deroubaix, a étudié aussi la question de la périnéorrhaphie. Comme Verneuil, il a rejeté les incisions libératrices, et mis à contribution les procédés américains pour les fistules vésico-vaginales. Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de donner ici, en finissant, la description de son procédé (2).

« Ce procédé présente comme traits distinctifs l'ensemble des moyens suivants :

« 1° L'avivement s'étend sur les deux bords de la fente vaginale sur une largeur de près de 1 centimètre, il se continue en bas sur les deux bords antérieurs de l'anus, et se prolonge sans interruption, en avant et en haut, des deux côtés, sur les grandes lèvres et les cicatrices laissées par la déchirure du périnée.

« La forme des deux surfaces symétriques avivées ainsi produites est telle que chacune est limitée : *sur la ligne médiane* par une ligne verticale suivant les bords de la déchirure, depuis son sommet dans le vagin jusqu'à sa base formée par l'anus ; *en haut et en avant* par une ligne courbe à concavité antéro-supérieure, s'étendant de ce même sommet jusqu'au bord interne de la grande lèvre ; *en avant et en bas* par une ligne droite réunissant les deux autres et dont la direction prolonge celle des grandes lèvres vers l'anus. Après la suture, la réunion de la première ligne avec sa ligne symétrique de l'autre côté formera le fond de la plaie du côté du rectum ; la réunion des lignes courbes formera la paroi

(1) Verneuil, *Bull. de la Société de chirurgie*, séance du 14 mai 1862.
(2) Deroubaix, *Presse médicale belge* du 21 février 1864, n° 10.

postérieure du vagin ; la réunion des dernières lignes formera le raphé du nouveau périnée.

« 2° On avive les lambeaux de la cloison recto-vaginale aux dépens de

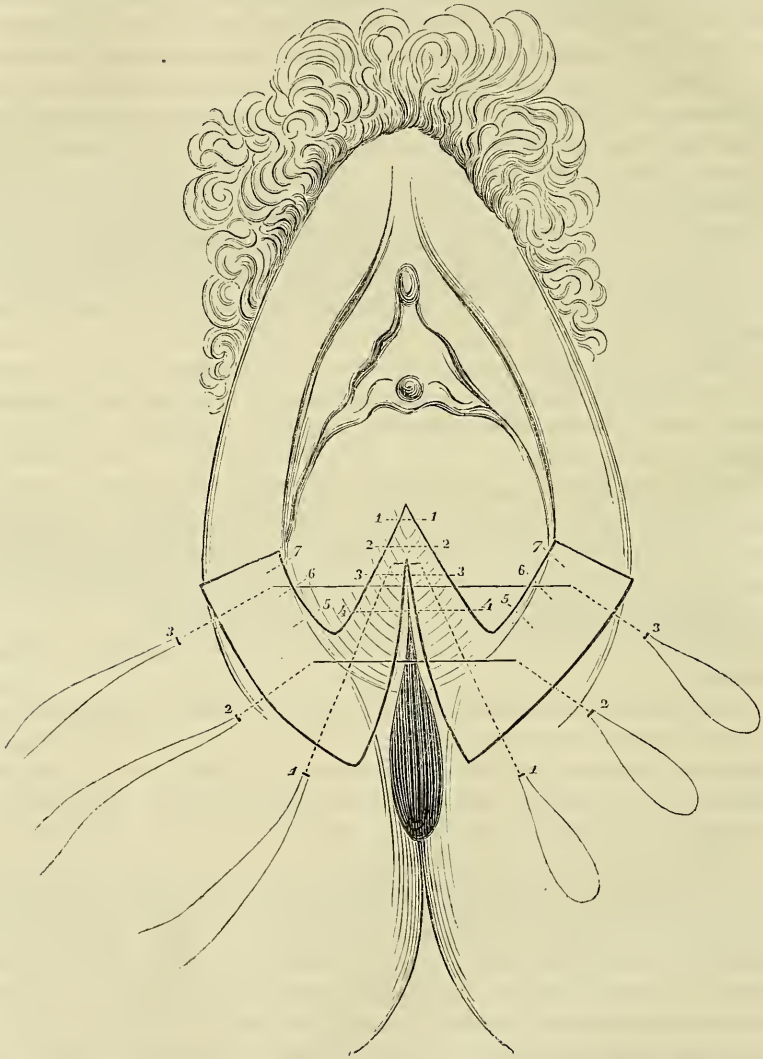


Fig. 332. — Périnéorrhaphie. — Procédé de M. Deroubaix, dit procédé à double suture (*).

la muqueuse vaginale seulement, en se gardant bien d'intéresser le bord de la muqueuse rectale, qui souvent est renversée en dehors et semble se présenter au tranchant de l'instrument.

(*) 1, 2, 3, points de suture périnéale ; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, points de suture vaginale.

« Ce principe est emprunté à la méthode américaine pour la suture vésico-vaginale, et il est d'une importance presque aussi grande que celui de se garder d'aviver la muqueuse vésicale dans cette dernière opération. Par son application, on évite d'abord la lésion de la muqueuse la plus délicate et la plus sensible, ainsi que l'hémorrhagie des vaisseaux hémorrhoïdaux qui résulte de la section complète de la cloison recto-vaginale ; ensuite quand la déchirure s'étend à une certaine hauteur dans le vagin, on ne s'expose pas au danger qu'il a à intéresser le tissu cellulaire interposé entre les deux muqueuses de cette cloison, à cause de son voisinage avec le repli péritonéal ; dans tous les cas, il faut prévoir que, si l'avivement porte presque sur le rectum, la plaie sera en partie en contact avec les matières intestinales, et d'autant plus exposée à s'enflammer, à se décoller et à donner lieu à des suppurations du tissu cellulaire sous-muqueux ; enfin l'avivement pratiqué superficiellement, en surface, sur la muqueuse vaginale, peut seul donner aux plaies autoplastiques toute la largeur favorable à la réunion ; l'avivement par section des bords de la fente recto-vaginale ne donne à ces plaies que l'épaisseur de la cloison et offre bien moins de points de réunion et de chance de la voir réussir.

« 3° Les points de suture n'intéressent aussi que la muqueuse vaginale ou la peau et les tissus avivés, au lieu de perforer la cloison ou de passer d'outre en outre sous les surfaces avivées destinées à reformer le périnée. L'aiguille entre à la surface libre, cutanée ou muqueuse, des lambeaux, passe sous la grande partie de la surface saignante et sort toujours dans l'aire de cette surface ; puis on la fait rentrer dans le point correspondant de la plaie de l'autre côté et y décrire un trajet semblable. On obtient ainsi un affrontement parfait des surfaces ; celles-ci ne sont pas seulement rapprochées, mais adhérentes déjà par le fil qui les traverse. Par là encore, on évite que les bords cutanés ou muqueux, qu'on ne peut toujours voir, au moment où l'on serre les points de suture, ne viennent se froncer, se recourber et s'adosser dans la plaie ; c'est ce qui tend toujours à se produire à ce moment quand les fils sortent au delà du bord postérieur de la plaie.

« 4° On place d'abord d'après ces principes, et d'arrière en avant, les points de suture qui doivent réunir les bords avivés de la muqueuse vaginale, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'angle formé par l'éperon. On applique alors le premier point de suture du périnée proprement dit. Pour cela, on se sert d'une grande aiguille de Wützer ; cette aiguille est enfilée d'un double fil métallique ; elle est passée de gauche à droite selon le trajet suivant : elle entre dans la peau à 1 centimètre et demi en dehors de l'angle inférieur de la surface avivée, passe sous cette surface, va en remontant pénétrer dans l'épaisseur de la muqueuse vaginale avivée, jusque derrière les fils déjà placés sous cette muqueuse, pour sortir au niveau du sommet de l'angle de la déchirure ; ayant ainsi décrit la moitié

de son trajet, elle traverse de même, mais de dedans en dehors, l'autre côté du périnée.

« 5° Ce premier point de suture ayant été placé, les extrémités des fils sont croisées momentanément sur la plaie pour rapprocher les bords de celle-ci, et favoriser l'exécution des autres points de suture. On revient alors à la série des points de suture vaginaux, et on en exécute quelques-uns, qui font suite symétriquement à ceux déjà placés. Quand on juge que l'on en est arrivé à l'endroit où il convient de placer le second point de suture périnéal, on passe celui-ci de la même manière que le premier, en ayant soin de le diriger dans les deux tiers seulement de la surface avivée et dans l'aire de cette surface, entre deux points de suture vaginale. On reprend alors celle-ci, puis on place un troisième point périnéal, et l'on termine vers la partie antéro-supérieure de la surface avivée au moyen de quelques points de suture simple.

« 6° M. Deroubaix emploie la suture entrecoupée pour les points vaginaux et la suture enchevillée pour les points du périnée. Cette dernière est mieux adaptée à l'épaisseur des tissus, elle favorise mieux la coaptation et la réunion des parties profondes ; appliquée comme nous l'avons dit, elle ne permet aucun déplacement ni glissement des surfaces, inconvénients qui l'avaient fait abandonner par Dieffenbach.

« 7° Ce mode de suture n'est compliqué qu'en apparence et ne paraît tel qu'à cause des longueurs de la description ; il n'en serait pas ainsi si on l'avait vu exécuter : on pourra du reste en suivre facilement les détails sur la figure 332, qui apprendra plus que les longues descriptions. Si l'on a bien saisi le mode d'action de ce procédé, on comprendra pourquoi M. Deroubaix l'a nommé *procédé à double suture*, et ses avantages particuliers. La réunion des deux surfaces vagino-périnéales avivées est assurée par deux séries de sutures, les unes vaginales, les autres périnéales et profondes. Ces deux séries de sutures règnent parallèlement sur toute la hauteur de la déchirure et de l'avivement depuis l'éperon recto-vaginal jusqu'au périnée et à l'anus.

« La cloison recto-vaginale et le nouveau périnée ne font qu'un, les sutures de l'une et celles de l'autre s'enchevêtrent, se prêtent un mutuel appui et peuvent se suppléer dans le cas où l'une d'entre elles se relâcherait ou couperait les tissus. Toute la plaie est protégée antérieurement contre la pénétration des liquides vaginaux, bien plus efficacement que par le lambeau antérieur de Langenbeck. Il en résulte que ce procédé pare presque à coup sûr à l'accident le plus fréquent et le plus difficile à éviter de l'opération, c'est-à-dire à la réunion isolée du périnée avec persistance d'une fistule recto-vaginale.

« 8° Dans toutes les sutures qu'il applique, Deroubaix n'emploie que les fils de Marion Sims. Il en résulte que les *fils fins métalliques* peuvent seuls, et sans provoquer une inflammation et des suppurations dangereuses, être employés en aussi grand nombre qu'il est nécessaire ici

traverser les tissus profondément et en tous sens, assurer un degré de striction suffisant et rester en place aussi longtemps qu'il le faut, c'est-à-dire ordinairement six à neuf jours. On sait qu'au contraire les fils de nature végétale ou animale enflamment les bords des plaies, que par suite ceux-ci se gonflent, se ramollissent et finissent par se laisser couper par ces fils.

« 9° Comme dans la méthode américaine aussi, on commence par former tous les points de suture par de très-longs fils de soie, dont on confie les chefs à un aide ; on peut ainsi entr'ouvrir les lèvres de la plaie, pour placer avec précision les derniers points, et ce n'est qu'à la fin qu'on y substitue les fils métalliques; du reste, pour opérer cette substitution et éviter la confusion des fils, on se sert de la planchette entaillée et des fils à anse imaginés par Sims. »

C'est d'après ces données que Deroubaix a plusieurs fois déjà pratiqué la périnéorrhaphie et obtenu plusieurs succès complets.]

SECTION III

MALADIES FÉBRILES

CHAPITRE PREMIER

FIÈVRE PUERPÉRALE (1).

§ I. — Définition (2).

[[Cette maladie a été décrite sous des noms très-divers comme *fièvre*

(1) Dans ce chapitre, que j'ai refait presque complétement, j'ai conservé quelques passages seulement de M. Churchill, et particulièrement le paragraphe de l'historique et de la contagion.

(2) Bibliographie. Voyez : *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement.* Communications à l'Académie de médecine par MM. Guérard, Depaul, Beau, Piorry, Hervez de Chégoin, Trousseau, Paul Dubois, Cruveilhier, Danyau, Cazeaux, Bouillaud, Velpeau. Jules Guérin, *précédé de l'indication bibliographique des principaux écrits publiés sur la fièvre puerperale.* Paris, 1858. — Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.* Thèse, Paris, 1855. — Charrier, *De la fièvre puerpérale observée en 1854 à la Maternité de Paris.* Thèse, Paris, 1855. — Gallard, *Qu'est-ce que la fièvre puerpérale?* Paris, 1857. — Behier, *Conférences de Clinique médicale faites à la Pitié*, 1861-1862. — Dumontpallier, *De l'infection purulente et de l'infection putride à la suite de l'accouchement.* Thèse, 1857. — Billoir, *De la phlébite utérine puerpérale.* Thèse, Paris, 1857. — Thierry, *Des maladies puerpérales observées à l'hôpital St-Louis en* 1867. Thèse, Paris, 1868. — U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales*

puerpérale, fièvre des femmes en couches, fièvre péritonéale, fièvre lente des nouvelles accouchées, etc....

Déjà en 1827 Désormeaux a fait remarquer « que, si l'on appelle *puerpérales* les maladies qui surviennent après l'accouchement, ce ne doit être que pour indiquer la circonstance où elles se développent, et non pour en caractériser la nature ; qu'ainsi le mot de *fièvre puerpérale* ne doit plus être employé comme nom spécifique, il doit même être banni du langage médical, parce que, en raison des diverses acceptions qu'on lui a données, il n'est plus propre qu'à produire la confusion. Il faut nommer les maladies puerpérales par leurs noms propres, de métrite, péritonite, etc..., comme on le fait pour celles qui surviennent en toute autre circonstance (1). »

Cette façon d'envisager la fièvre puerpérale par Désormeaux à une époque déjà éloignée de nous, ne peut pas être admise sans réserves, car à côté de la lésion locale (métrite, péritonite, etc.), il existe une altération du sang devant laquelle la lésion locale perd de son importance sans cependant s'effacer complétement. Aussi, tout en conservant l'expression de fièvre puerpérale, qui d'ailleurs est consacrée par l'usage, nous chercherons à expliquer quel sens on doit lui attribuer; nous chercherons à démontrer que fièvre puerpérale est synonyme de septicémie puerpérale et qu'elle sert à désigner *une altération du sang qui survient chez les femmes récemment accouchées, par suite de l'introduction dans l'économie de matières septiques élaborées à la surface de la cavité utérine ou provenant des lésions inflammatoires développées à la suite de l'accouchement.*

La fièvre puerpérale ne sera dès lors pour nous qu'une complication soit de la plaie utérine, soit des déchirures du col, du vagin ou de la fourchette, de la même façon que la septicémie est une complication des plaies des membres ou du tronc.]]

§ II. — Historique.

D'après les recherches de Hulme (2), les auteurs anciens connaissaient cette maladie. Elle est décrite par Hippocrate (3) et Avicenne; [Galien, Aétius et Paul d'Égine disent tous les dangers courus par la femme, lorsqu'il y a inflammation de l'utérus et suppression des lochies, ou lochies très-fétides et de mauvaise couleur. Albucasis est le premier qui attira

(*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. XXVII, 1867, p. 241). — D'Espine, *Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale*. Thèse, Paris, 1873. — Just Lucas-Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*, Thèse, Paris, 1870. — Hervieux, *Des maladies puerpérales, suites de couches*. 1870.

(1) Desormeaux, *Dict. de médecine en 21 volumes*, art. PUERPÉRAL, t. XVIII, 1827.

(2) Hulme, *Treatise on the puerperal fever*. London, 1772.

(3) Hippocrate, *Œuvres*, trad. par Littré, t. II; *Épidémies*, livre I; t. III, livre III; t. VIII, *Maladies des femmes*.

l'attention sur les accidents graves que peut déterminer la rétention du placenta et des membranes. Mercatus (1) indique la rétention des secondines comme étant la cause d'accidents graves ; il dit que la rétention des lochies peut occasionner toutes les maladies aiguës, et décrit l'inflammation de la matrice qu'il fait dépendre d'un travail laborieux]. Plater (2) (1602) l'attribue à l'inflammation de l'utérus ; Sennert (3) (1656) la décrit et préconise le traitement par la saignée ; Rivière (4) (1674) l'attribue à la suppression des lochies, et Sylvius (1674) à un écoulement insuffisant des lochies ; Willis (5) (1682) partage l'opinion de Plater. Cette affection est mentionnée par Raynalde, Pechey (6), Strother (7) (celui-ci est le premier qui lui donna le nom de *fièvre puerpérale*), par Viardel (8), Peu (9), J. Mesnard (10) et d'autres auteurs anciens, en France. [En 1746, dans une épidémie qui eut lieu à Paris, Colles de Villars et Fontaine observèrent un certain nombre de fièvres puerpérales en ville et à l'Hôtel-Dieu.] Les Allemands en avaient fait mention.

Les recherches ont prouvé depuis longtemps que la fièvre puerpérale est surtout épidémique et qu'elle exerce ses plus grands ravages dans les populations hospitalières. Partout on la rencontre plus fréquemment dans les classes inférieures que dans les supérieures. Cette dernière remarque est plus vraie encore à Dublin qu'à Londres.

Pour plus amples renseignements, j'ai dressé (le plus exactement que j'ai pu) une liste chronologique des différentes épidémies avec le nom des auteurs qui les ont signalées et décrites. J'ai indiqué aussi, toutes les fois que cela était possible, les caractères anatomo-pathologiques qui ont été notés. [Nous y avons ajouté l'indication de quelques épidémies qui avaient échappé aux recherches de l'auteur, et nous avons cru combler une lacune en faisant connaître, toutes les fois que la chose nous a été possible, les sources bibliographiques.]

(1) Mercatus, *Opera*, t. III, *De mulieribus affectibus*, lib. IV, cap. IV, VII, VIII, X.
(2) F. Platerus, *Praxeos medicæ*, 1686.
(3) Sennertus, *Opera omnia*. Paris, 1641.
(4) Sylvius, *Opera medica*. Amstelodami, 1680 ; — Spach, *Gynæciorum sive de mulierum tum communibus tum gravidarum parientium affectibus et morbis*. Argentorati, 1597.
(5) Willis, *Opera omnia*. Lugduni, 1676, t. I, p. 175 et suiv.
(6) John Pechey, *Treatise of the diseases of maids, big-bellied women, childbed-women*. Londini, 1696.
(7) Strother, *Criticon febrium or a critical Essay on fever*. Londini, 1718.
(8) Viardel, *Observations sur la pratique des accouchements*. Paris, 1748.
(9) Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1694.
(10) Jacques Mesnard, *Le guide des accoucheurs*. Paris, 1743.

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1664.	Paris.		Peu.	Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1726, in-8.
1746.	Paris.	Péritonite, métrite, etc.	Malouin.	
		Maladie des ovaires.	Jussieu.	
1750.	Lyon.	Péritonite, phlébite utérine.	Doulcet.	Doulcet, *Mémoire sur la maladie qui a attaqué en différents temps les femmes en couche à l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris, 1782, in-4.
1750.	Paris.	Métrite, érysipèle.	Pouteau.	
1760.	Londres.	Inflammation de l'épiploon.	Leake (John).	Leake, *Practical Observations on the childbeb fever*. London, 1770, in-8.
1760-1761.	Aberdeen.		Gordon.	
1761.	Londres.	Péritonite.	White.	White, *Avis aux femmes enceintes et en couches, ou Traité des moyens de prévenir et de guérir les maladies qui les affligent dans ces deux états*. Paris, 1774, in-12.
1767.	Dublin.		Jos. Clarke.	Clarke, *An Essay on the epidemic disease of Lying in women, in the years* 1787 *and* 1788. London, 1788, in-4; *Pratical Essays on the management and on the inflammatory and febrile diseases of Lying in women*. London, 1793, in-8.
1769.	Londres.			
1770.	Londres.	Péritonite partielle.	Leake.	Leake, *Practical Observations on the childbeb fever*. London, 1770, in-8.
1771.	Londres.		White.	White, *Avis aux femmes enceintes et en couches, ou Traité des moyens de prévenir et de guérir les maladies qui les affligent dans ces deux états*. Paris, 1774, in-12.
1773.	Edinburgh.		Young.	
1774-1781.	Paris, Londres, Vienne.		Tenon, Doulcet, etc.	
1774-87-88.	Dublin.	Péritonite.	Jos. Clarke.	

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1782.	Paris.	Péritonite, métrite.	Doulcet.	
1783.	Londres.	Péritonite.	Osborn.	
1786.	Paris.		Tenon.	
1787.	Gottingue.		Osiander.	
1787-1788.	Londres.	Péritonite, métrite.	Jos. Clarke.	
1788.	Londres.	Métrite, péritonite, etc.	Jos. Clarke.	
1789-1792.	Aberdeen.	Péritonite.	Gordon.	Gordon, *On the puerperal fever of Aberdeen*, in 1789-1702. Edinburgh, 1822.
1795.	Vienne.	Péritonite, phlébite.	Jæger.	
1803-1813.	Dublin.	Péritonite.	Collins, Douglas.	
1808.	Barnsley (Yorkshire).	Péritonite.	Hey.	Hey, *A Treatise on the puerperal fever, illustrated by cases, which occurred in Leeds and its vicinity, in the years* 1809 *and* 1812. London, 1815, in-8.
1811.	Heidelberg.		Nægele, Bayrhoffer.	Bayrhoffer, *Bemerkungen über das epidemische Kindbetterinnenfeber*. Francfort, 1812, in-8. Nægele, *Schilderung des Kindbettfiebers*. Heidelberg, 1812, in-8.
1812.	Holloway, London.	Péritonite.	Dun.	
1812-1813.	Leeds (Yorkshire).		Hey.	
1813.	Sunderland, comté de Durham et de Northumberland, Dublin.	Péritonite.	Armstrong.	Armstrong, *Facts and observations relative to the fever commonly called puerperal*. London, 1819, in-8.
1814-1815.	Edinburgh.		Hamilton.	
1816.	Paris.	Phlébite utér., métrite, périton.	Tenon.	
1817-1818.	Pensylvanie (États-Unis.	Péritonite.	Dewees.	

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1818-1823.	Dublin.	Péritonite.	Collins.	
1819.	Vienne.		Boer.	
1819.	Glasgow.		Burns.	
1821-1822.	Edinburgh.	Péritonite.	Campbell.	Campbell, *A Treatise on the epidemic puerperal fever, as it prevailed in Edinburgh in* 1821-1822, *With an Essay of the* Dr Gordon, *On the puerperal fever of Aberdeen in* 1788-1792. Edinburgh, 1822, in-8.
1821-1822.	Glasgow, Stirling.	Péritonite.	Campbell.	
1825-1829.	Dublin (Lying in Hospital).		Collins.	
1827-1828.	Londres.	Péritonite.	Gooch.	Gooch, *An Account of some of the most important diseases of women.* London, 1829, in-8.
1827-1829.	Londres.	Péritonite, métrite.	Ferguson.	Ferguson, *Essays on the most important diseases of women,* part. I, *Puerperal fever.* London, 1839, 1 vol in-12.
1828.	Paris (hôpital St-Louis).		Lugol.	Lugol, *Observations de péritonites puerpérales recueillies à l'hôpital Saint Louis* (*Journal des progrès,* 1829, t. XIX, p. 187 à 230).
1829.	Paris (Maternite).	Inflammation du péritoine, de l'utérus et de ses annexes, et péritonite utérine.	Tonnellé.	Tonnellé, *Traitement de la fièvre puerpérale, et en particulier des saignées locales en général,* etc., These. Paris, 1830, in-4; *Des fièvres puerpérales observées à l'hospice de la Maternité en* 1829 (*Archives générales de médecine.* Paris, 1830, t. XXII, XXIII).
1829-1840, par occasion.	Londres, Birmingham et Dublin (Lying in Hospital).		E. Kennedy.	
1830-1832.	Paris (Maternité).		Cruveilhier.	Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain,* 13e livr., contenant : des maladies des femmes en couche en général, et du typhus puerpéral en particulier, avec trois planches coloriées présentant les caractères de la maladie observée pendant près de trois ans de pratique à l'hospice de la Maternité. 1830-1832.

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1831.	Paris (Maternité).		Berier-Fontaine.	Berier-Fontaine, *Typhus puerpéral observé à la Maternité en* 1831, thèse. Paris, 1835, in-4.
1831.	Birmingham, Aylesbury.		Ceeley.	
1833-1834.	Vienne.	Phlébite utérine.	Bartsch.	
1835-1838.	Londres.	Phlébite.	Ferguson.	
1836.	Paris (Clinique).		P. Dubois.	Chailly-Honoré, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 4e édition. Paris, 1861, p. 968.
1836-1837.	Dublin (New-Lying in Hospital).	Péritonite, pleurite.	Beatty.	
1838.	Londres.			
1838.	Paris (Clinique).		Voillemier.	Voillemier, *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année* 1838 (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*. Paris, déc. 1839-1840); *Clinique chirurgicale*. Paris, 1862.
1839.	Berne.		Herman.	
1840.	Paris (Hôtel-Dieu).		Bourdon.	Bourdon, *Notice sur la fièvre puerpérale et sur ses différentes formes observées à l'Hôtel-Dieu de Paris en* 1840 (*Revue médicale*, Paris, 1841, t. II, p. 348).
1842.	Paris (Maternité).		Lasserre.	Lasserre, *Recherches cliniques sur la fièvre puerpérale, faites à la Maternité*, thèse, Paris, 1842.
1842.	Rennes, Londres.			
1843.	Rouen.			
1843-1844.	Paris (Maternité), Hôtel-Dieu, hôpital Saint-Louis.		Moreau, Bidault et Arnoult.	Moreau, *Recherches sur la fièvre puerpérale épidémique observée à la Maternité de Paris en* 1843 *et* 1844, thèse, Paris, 1844, in-4. Bidault et Arnoult, *Note sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôtel-Dieu annexe et à l'hôpital Saint-Louis, pendant les années* 1843 et 1845 (*Gazette médicale*, 1845).

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1844.	Rouen, Rennes.			
1844-1845.	Dublin.		M'Clintock.	
1845.	Rouen, Paris, Gratz.			
1846.	Rouen, Dublin, Écosse.			
1848.	Kiel.		Michaelis.	Arneth, *Note sur le moyen proposé et employé par M. Semmelwin pour empêcher le développement des épidémies puerpérales* (*Ann. d'hyg. publ.*, 1851, t. LV, p. 286).
1849.	Berne.		Herman.	
1852.	Brakel, Westphalie.		Diese.	
1854.	Paris (Maternité).		Charrier.	Charrier, *De la fièvre puerpérale, épidémie observée en* 1854 *à la Maternité de Paris*. Paris, 1855, in-4.
1854-1855.	Dunkerque.		Zandyck.	Zandyck, *Études sur la fièvre puerpérale épidémique, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque de juin* 1854 à mars 1855 (*Revue médicale*. Paris, 1856).
1856.	Paris (Maternité.	Péritonite, phlébite, fièvre puerpérale (pas de lésion locale).	Tarnier.	Tarnier, *Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches*. Paris, 1857, thèse pour le doctorat. *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*. Paris, 1858.
1856.	Paris (Clinique et Hôtel-Dieu).		Lepetit.	Lepetit, *De la fièvre puerpérale, épidemie observée en* 1856 *à l'hôpital des cliniques et à l'Hôtel-Dieu de Paris*, thèse. Paris, 1856, in-4.
1857.	Prague.		Dor.	Dor, *Épidémie de fièvre puerpérale à Prague* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1858, t. V, p. 516).
1857.	Berlin (Charité).		Virchow.	Virchow, *Étude sur les maladies puerpérales qui ont régné à la Charité de Berlin* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1858, t. V, p. 516).
1858.	Welsingfors.		Pippinskoeld.	

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1858.	Munich.	Fièvre typhoïde	Kerschensteiner.	
1858.	Turin.	Fièvre typhoïde	Giordano.	
1858.	Berne.		Von Franque.	
1859.	Wurzbourg.		Von Franque.	
1859.	Prague.		Herman.	
1859.	Paris.	Phlébite utérine, métro-péritonite, péritonite, érysipèle.	Témoin.	Témoin, *La Maternité de Paris en* 1859, thèse, Paris, 1860.
1860.	Wurzbourg.	Fièvre typhoïde	Weber.	
1861.	Dublin.		Denham.	Denham, *On the recent Epidemie of Puerperal fever in Dublin* (*Dublin Journal*, novembre 1862).

§ III. — Nature de la maladie.

[[Les opinions sont encore partagées sur la nature de la maladie : les uns avec P. Dubois, Danyau, Depaul et Tarnier font consister la maladie dans une altération primitive du sang, et considèrent les lésions inflammatoires, que l'on constate à l'autopsie, comme résultant de l'état général; les autres avec Robert Lée (1), Bouillaud, Cazeaux, Cruveilhier, Jacquemier, Pajot, Velpeau, Behier et Gallard, pensent que la lésion locale est le fait primordial de la maladie, et que c'est elle qui est le point de départ des accidents généraux.

Quoi qu'il en soit, les uns comme les autres admettent un état général; mais tandis que les essentialistes pensent que les lésions locales se subordonnent à l'état général et qu'elles peuvent manquer dans un certain nombre de cas, et l'état général constituer alors toute la maladie, les localisateurs au contraire admettent qu'il existe toujours une lésion locale primitive et que c'est elle qui est l'origine des accidents généraux.

Lorsque nous aurons passé en revue les faits sur lesquels s'appuient les essentialistes et que nous aurons reconnu que ces faits n'ont pas la valeur qu'on a voulu leur accorder, nous chercherons à nous rendre compte de l'importance des lésions locales.

(1) Robert Lee, *On researches on the more important diseases of women*. London, 1833, p. 3.

A. — *Arguments en faveur de l'essentialité.* — Les faits sur lesquels s'appuient les essentialistes sont :

1° L'absence dans un certain nombre de cas de lésions à l'autopsie;

2° Le développement de la maladie pendant le travail et une terminaison rapidement fatale, alors qu'il était encore impossible d'invoquer les conséquences du traumatisme-utérin ;

3° La transmission de la maladie à des femmes qui n'étaient point enceintes et qui avaient donné des soins à des accouchées atteintes de fièvre puerpérale ;

4° Le développement chez le fœtus et le nouveau-né des lésions de la fièvre puerpérale ;

5° La variabilité et la multiplicité des lésions ;

6° La contagion.

Examinons successivement chacun de ces arguments, et voyons quelle en est la valeur.

1° *L'absence dans un certain nombre de cas de lésions à l'autopsie.*

Depaul (1), et aussi Tardieu (2), Bourdon (3), Bouchut (4), Voillemier (5), ont rapporté des cas de fièvre puerpérale sans lésions. M. Tarnier dans sa thèse inaugurale en a rapporté trois observations ; mais nous ferons remarquer que ces trois observations n'ont pas été recueillies par lui-même et qu'elles lui ont été communiquées par d'autres observateurs.

« L'un de ces observateurs, dit M. Gallard, était notre camarade d'internat, M. Moysant ; je le priai de me faire assister à une de ces autopsies extraordinaires et il s'y prêta de fort bonne grâce ; car, suivant lui, elles étaient communes dans le service auquel il était attaché. Un jour donc, je fus prévenu par lui et devant moi il examina tous les organes d'une femme morte de suites de couches en me faisant remarquer que l'utérus, incisé en différents sens, ne contenait pas une seule goutte de pus. Cette constatation une fois faite et après avoir bien étudié que cette autopsie était en tout point semblable à celle dont il avait donné la relation à M. Tarnier, je repris les organes génitaux qui avaient été jugés sains, et en quelques coups de scalpel, je découvris à la base des ligaments larges, au niveau de la réunion du col avec le corps de l'utérus, deux veines remplies de pus.

« La même démonstration a été faite il y a peu de temps, par un de mes élèves dans le service de Virchow, en présence non pas du maître, mais d'un de ses chefs de clinique les plus autorisés, et il a été démontré, par l'ouverture d'une veine remplie de pus, qu'une prétendue fièvre puerpé-

(1) Depaul, *Bullet. de l'Acad. de méd.*, t. XXIII, p. 395.
(2) Tardieu, *Journal des connaissances méd.-chir.*, décembre 1841, p. 233.
(3) Bourdon, *Notice sur la fièvre puerpérale* (*Revue méd.* 1838, t. II).
(4) Bouchut, *Étude sur la fièvre puerp.* (*Gaz. méd.* 1844, p. 90).
(5) Voillemier, *Journal des connaiss. méd.-chir.* Janv. 1840, p. 3.

rale n'était autre chose qu'une infection purulente due à une phlébite utérine (1). »

Les observations de fièvre puerpérale sans lésions, bien que rapportées par les auteurs que nous venons de citer et qui jouissent à juste titre de la plus grande considération ne nous paraissent donc pas absolument concluantes, car il est bien possible que la lésion ait été méconnue dans un certain nombre de cas. D'ailleurs, en admettant qu'on ait pu rencontrer des cas où l'on n'ait constaté ni phlébite, ni lymphangite ni péritonite, une plaie quelconque des organes génitaux suffit à elle seule pour nous rendre compte de la mort, on peut bien admettre en effet que la matière septique élaborée à la surface de la cavité utérine a pu traverser les lymphatiques ou les veines sans y déterminer d'inflammation, et produire des modifications du sang capables d'entraîner la mort.

2° *Le développement de la maladie pendant le travail, et une terminaison rapidement fatale alors qu'il était encore impossible d'invoquer les conséquences du traumatisme utérin.*

Les faits de développement de la maladie avant l'accouchement sont rares et sont amoindris par les faits contradictoires très-nombreux. Ne voyons-nous pas en effet tous les jours des femmes enceintes séjourner dans les salles d'accouchement et ne jamais contracter la maladie? En 1862, M. Pajot a fait coucher cent femmes enceintes dans des lits voisins de femmes atteintes de fièvre puerpérale, et jamais il n'a vu une seule fois la fièvre se développer chez celles qui n'étaient pas accouchées.

M. Tarnier a rapporté un cas de fièvre puerpérale survenue pendant la grossesse, et, dans la relation qu'il nous fait de l'autopsie, nous trouvons que « l'utérus est bien revenu de lui-même, que quelques-uns de *ses sinus contiennent du pus, que sa cavité contient un détritus putrilagineux* (2) ». Ce fait ne nous semble nullement prouver que le développement de la fièvre puerpérale peut se faire avant l'accouchement, mais seulement que des lésions inflammatoires peuvent se produire très-rapidement et même avant l'expulsion du fœtus et être suivies d'accidents généraux graves pouvant entraîner une issue fatale. Ce développement de la phlébite avant l'accouchement n'a, d'ailleurs, rien qui doive nous surprendre, la compression produite par le fœtus et la gêne de la circulation qui en est le résultat, suffisent pour nous rendre compte de sa production.

3° *La transmission de la maladie à des femmes qui n'étaient point enceintes et qui avaient donné des soins à des accouchées atteintes de fièvre puerpérale.*

Ces faits sont très-rares, puisque Depaul (3) n'en a cité qu'un seul cas et Tarnier deux (4), et il paraît bien plus probable d'admettre que les cas

(1) Gallard, *Discours prononcé à la Société médicale des hôpitaux, le* 11 *février* 1870.
(2) Tarnier, *De la fièvre puerpérale, observée à l'hospice de la Maternité.* Paris, 1858, p. 158.
(3) Depaul, *De la fièvre puerpérale, communications à l'Acad. de méd.* 1858, p. 33.
(4) Tarnier, *De la fièvre puerpérale.* 1858, p. 158.

de péritonite observés par eux sont des faits accidentels. De ce que les femmes qui donnaient des soins à des malades atteintes de fièvre puerpérale ont présenté les symptômes de la péritonite, ce n'est pas un motif pour admettre dans ce cas l'axiome des anciens : *Post hoc, ergo propter hoc.*

D'ailleurs, si nous étudions avec soin la relation des deux observations de M. Tarnier, nous verrons qu'elle est loin d'entraîner la conviction.

Dans l'une de ces observations, il s'agit d'une élève sage-femme de la Maternité qui a présenté quelques troubles de la menstruation à l'époque qui a précédé l'apparition des accidents. « L'écoulement menstruel, dit M. Tarnier, a été irrégulier et incomplet. Depuis ce temps, malaise général, perte des forces, inappétence, bouche mauvaise. » A l'autopsie on a constaté les lésions de la péritonite.

Qui nous dit que, dans ce cas, l'on n'a pas eu affaire à une péritonite survenue sous l'influence de quelque trouble de la menstruation? Ce qui nous fait supposer qu'il a pu en être ainsi, c'est la coïncidence du début des accidents avec un écoulement menstruel irrégulier et incomplet.

Quant au second cas qui ne fut pas suivi d'autopsie puisque la malade a guéri, il nous semble encore mieux indiquer que le précédent que la péritonite fut bien le résultat d'un trouble de la menstruation, car la malade eut au second jour de ses règles une suppression du flux menstruel qui concorda avec l'apparition de la douleur de ventre. Il semble dans ce fait qu'on doive reconnaître l'existence d'une hématocèle péri-utérine et nous regrettons que l'observation de M. Tarnier ne nous signale pas les résultats du toucher qui auraient peut-être révélé au pourtour de l'utérus l'existence d'une collection sanguine.

4° *Le développement, chez le fœtus et le nouveau-né, des lésions de la fièvre puerpérale.*

Le développement chez le nouveau-né de lésions péritonéales semblables à celles que l'on observe chez les femmes en couches ne paraît nullement propre à prouver que la maladie est essentielle, mais simplement que la péritonite peut se développer chez le nouveau-né probablement dans des conditions semblables à celles de la femme qui vient d'accoucher et avoir pour point de départ l'inflammation de la peau au voisinage de l'ombilic.

La similitude des lésions chez la femme et le nouveau-né, déjà entrevue par Duhamel (1), fut plus tard admise par Lorain, non-seulement pour le nouveau-né, mais aussi pour le fœtus encore contenu dans la matrice.

M. Lorain (2) a fait lui-même remarquer l'analogie que présente l'état du nouveau-né avec celui d'une femme accouchée récemment, et, comparant la plaie ombilicale à la plaie utérine, il appelle la secrétion purulente

(1) Duhamel, *Considérations sur la fièvre puerpérale et sur les rapports pathologiques qui existent entre les mères affectées de cette maladie et leurs enfants.* Thèse de Paris, 1850.

(2) Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.* Thèse, Paris, 1855.

qu'elle fournit du nom de *lochies ombilicales*. Mais après cette remarque très-judicieuse, l'auteur préfère admettre que la péritonite qui survient chez le nouveau-né est le résultat d'un état général de l'organisme qu'on désigne sous le nom de fièvre puerpérale, plutôt que de croire que l'inflammation de la peau qu'on rencontre si souvent au voisinage de l'ombilic est le point de départ des accidents généraux. C'est là une opinion personnelle qui n'est pas suffisamment démontrée.

Quant aux fœtus qui présentaient une inflammation péritonéale, expression de la fièvre puerpérale, M. Lorain ne nous paraît pas avoir démontré d'une façon bien probante que l'altération locale peut être mise réellement sur le compte de la fièvre puerpérale, car il a admis « qu'une femme qui met au monde un fœtus mort-né, lequel a succombé à une péritonite, peut ne présenter elle-même aucun symptôme morbide, ni avant ni après l'accouchement (1). » Cette transmission de la maladie au fœtus encore contenu dans la cavité utérine, la femme étant d'ailleurs exempte de la maladie, est difficile à comprendre, et de plus, elle est contredite par ce fait que, 7 fois sur les 10 cas recueillis par M. Lorain, les femmes qui ont mis au monde ces fœtus venaient du dehors, et n'avaient séjourné à l'hôpital que quelques heures avant d'accoucher; or M. Lorain admet que l'hôpital est le foyer d'infection épidémique; comment se fait-il donc que ces fœtus aient pu contracter la fièvre puerpérale alors que les mères n'avaient pas encore été soumises à l'influence épidémique?

5° *La variabilité et la multiplicité des lésions.*

La multiplicité des lésions encore admises comme preuves de l'essentialité paraît en rapport avec la nature des organes génitaux eux-mêmes dans la composition desquels entrent des parties si diverses et semble devoir être rapprochée des lésions multiples que l'on observe dans les plaies du côté des membres. Dans ces dernières, en effet, on voit survenir tantôt des phlegmons, tantôt des phlébites, tantôt des lymphangites, tantôt la gangrène, tantôt la pourriture d'hôpital, sans que pour cela on ait cherché à démontrer qu'elles étaient dues à un état général préexistant. De même, du côté de l'utérus, nous voyons survenir la métrite, les phlegmons péri-utérins, la phlébite, la lymphangite, et comme conséquence de cette dernière la péritonite.

Quant à l'argument tiré de la variabilité des lésions suivant l'influence de ce que l'on a appelé le génie épidémique, je ne crois pas qu'il ait l'importance que certains auteurs lui ont attribuée. M. Charrier a voulu établir que dans une épidémie qui a sévi en 1854 à la Maternité de Paris, la fièvre puerpérale avait revêtu la forme pectorale, et que la pleurésie avait été le type de cette épidémie. Les observations de M. Charrier paraissent prouver simplement que des femmes enceintes ou récemment accou-

(1) Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.* Paris, 1855, p. 19.

chées ont pu contracter des pleurésies qui ont été plus graves qu'elles ne le sont habituellement, à cause de l'état d'affaiblissement qui résulte chez la femme de la grossesse et de l'accouchement.

De plus cette production de la pleurésie n'est point spéciale à la fièvre puerpérale. Velpeau (1) a publié en 1826 un mémoire ayant pour titre : Pleurésies à la suite des grandes opérations chirurgicales ou d'une suppuration plus ou moins abondante, dans lequel nous trouvons une observation de suppuration du membre thoracique compliquée d'infection purulente chez un malade qui mourut le quatrième jour, à partir du premier frisson et où l'autopsie n'a révélé *qu'un épanchement purulent dans une des plèvres.*

Ce fait nous prouve donc bien que la fièvre puerpérale n'a pas seule le privilége de déterminer la suppuration de la plèvre.

Les pleurésies purulentes qui se développent dans le cours d'une fièvre puerpérale doivent être rapprochées des arthrites suppurées que l'on observe assez souvent dans la fièvre puerpérale et dans la septicémie des blessés, et ne sont point en rapport avec ce que l'on a désigné sous le nom de génie épidémique, mot qui ne signifie rien et qui ne sert qu'à cacher notre ignorance des causes réelles des maladies.

Du reste, en admettant qu'un génie épidémique spécial puisse favoriser plus particulièrement le développement de certains accidents locaux, cela ne suffirait pas pour nous faire admettre que la maladie ne résulte pas d'une intoxication du sang par un agent septique. Ces influences épidémiques peuvent tout au plus déterminer la forme spéciale de la maladie, mais elles sont incapables d'en être la cause immédiate.

6° *La contagion.*

On a encore invoqué la contagion pour admettre le caractère essentiel de la maladie, et Jacquemier (2) disait que si la contagion était bien démontrée dans la fièvre puerpérale, ce serait une preuve de l'essentialité de la maladie.

La contagion qui nous paraît assez bien démontrée n'est pas pour nous une preuve de l'essentialité de la maladie, et nullement un argument contre la localisation primitive de la maladie. Car pour nous la fièvre puerpérale étant le résultat d'une intoxication du sang par une matière septique produit de la fermentation du pus dans l'utérus, il nous semble tout naturel d'admettre que quelque germe, quelque ferment puisse se transporter par l'intermédiaire de l'air d'une femme à une autre, et déterminer des phénomènes de fermentation, absolument de la même façon que dans les flacons de M. Pasteur on voit les matières qui y sont contenues, entrer en fermentation ou, au contraire, se conserver intactes suivant qu'il y a ou non contact de l'air atmosphérique qui sert de véhicule aux germes contenus dans son sein.

(1) Velpeau, *Revue médicale.* 1826.
(2) Jacquemier, *Gazette hebdomadaire.* Décembre 1857.

B. *Rôle des lésions locales dans le développement de la maladie.* — Après avoir ainsi admis que les faits sur lesquels on s'est appuyé, pour démontrer la nature essentielle de la maladie, ne présentent pas la valeur qu'on a voulu leur attribuer, nous devons envisager quel est le rôle des lésions locales et quelle en est l'importance au point de vue du développement des phénomènes généraux.

Parmi les auteurs qui admettent l'origine des accidents dans une lésion locale, nous avons déjà cité Robert Lee, Bouillaud, Cazeaux, Beau, Cruveilhier, Jacquemier, Pajot, Velpeau, Béhier, et Gallard ; mais ces auteurs diffèrent sur la lésion locale qui est le point de départ des accidents.

Les uns, avec Béhier, attribuent la mort à la phlébite utérine, les autres avec Beau, Jacquemier, Velpeau, Cazeaux, la mettent sur le compte de la péritonite.

Bouillaud, en 1825, a attribué l'état général au mélange du pus avec le sang et il cite les expériences de Baglivi, Magendie et Gaspard pour étayer sa manière de voir. Dumontpallier (1), en 1857, avait admis que la maladie décrite sous le nom de fièvre puerpérale n'était en réalité le plus souvent qu'une infection purulente ou une infection putride. Hervez de Chegoin, qui partage la même opinion, pense que la source de l'infection est à la face interne de l'utérus.

Plus récemment M. Just Lucas Championnière (2) a fait jouer un rôle important à la lymphangite utérine, qui explique selon lui le développement de la péritonite grâce au voisinage immédiat des vaisseaux lymphatiques avec le péritoine, lorsque ces vaisseaux s'enflamment ou charrient des matières septiques.

Cette diversité d'opinions se conçoit assez bien, parce que ces auteurs n'ont pas fait jouer un rôle assez important à l'altération des sécrétions de la cavité utérine qui est l'origine des troubles généraux. C'est faute d'avoir recherché dans les produits fermentés de cette cavité le point de départ de l'intoxication que la question est restée insoluble.

Nous admettrons certes que ces lésions locales (phlébite, lymphangite péritonite) ont une importance très-grande, mais qu'elles ne sont cependant pas nécessaires.

Il suffit, pour apprécier la valeur de ces lésions, de faire remarquer que chez certaines femmes récemment accouchées, il existe des lésions locales importantes qui n'empêchent pas la guérison de survenir, tandis que chez d'autres avec des lésions peu importantes la terminaison fatale se produit rapidement.

Nous pouvons parfaitement nous rendre compte de ces différences en

(1) Dumontpallier, *De l'infection purulente et de l'infection putride à la suite de l'accouchement*, thèse, 1857.

(2) Just Lucas-Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*, thèse, Paris, 1870.

admettant que dans le premier cas l'agent septique ou septine n'a pas été absorbé, tandis que dans le second l'absorption a eu lieu.

Lorsque la septine pénètre ainsi dans les vaisseaux, elle nous paraît avoir une influence très-marquée sur le développement des lésions inflammatoires, de la même façon que l'introduction de la même septine à la suite des piqûres anatomiques détermine des phlegmons, des adénites.

Les lésions inflammatoires ainsi développées devront participer de la nature infectieuse de la plaie utérine et seront à leur tour pour la malade un nouveau foyer d'infection. L'analogie nous permet de supposer qu'il en est réellement ainsi, nous savons en effet que les suppurations qui résultent de l'introduction dans l'économie de certains agents septiques tels que la morve, la syphilis acquièrent des propriétés identiques à celles du virus qui leur a donné naissance.

Dans un certain nombre de cas, la phlébite, l'angioleucite, la péritonite peuvent manquer, et les lésions consistent simplement dans la plaie placentaire ou quelque déchirure du col du vagin ou de la fourchette qui a permis l'inoculation de la septine. De cette façon s'explique la mort dans des cas ou l'autopsie n'a révélé ni lymphangite, ni phlébite ni péritonite. La terminaison fatale sans ces lésions n'a rien qui doive nous surprendre, car on sait que l'inoculation dans le cours des dissections de matières septiques peut entraîner des accidents formidables et même la mort sans qu'il existe de lésions sensibles et lorsqu'il ne se trouve qu'un ganglion engorgé pour attester le passage de l'agent septique.

C. — *Identité de la fièvre puerpérale et de la septicémie des blessés.* — Cette identité une fois admise, les accidents qui résultent de l'introduction dans l'économie de la septine provenant de la plaie utérine doivent être semblables à ceux qui résultent de l'introduction de la même substance chez les individus atteints de plaies et devenus septicémiques. L'observation clinique montre qu'il en est réellement ainsi. En effet, la fièvre puerpérale règne épidémiquement comme la septicémie des blessés ; elle se montre dans les services d'accouchement alors que la septicémie existe dans les salles de chirurgie; quant aux symptômes, ils sont en tous points semblables à ceux qu'on observe chez les malades atteints de septicémie ou de pyohémie.

Partant de cette identité et partageant les idées de Virchow, Billroth, et Verneuil (1) au sujet de la pyohémie des blessés, nous admettrons que l'infection purulente qui se montre quelquefois dans la fièvre puerpérale et qui paraît surtout liée à la phlébite utérine, est une terminaison de la septicémie puerpérale; nous admettrons que c'est un empoisonnement du sang, plus des lésions fortuites sur-ajoutées (abcès métastatiques).

L'analogie de la fièvre puerpérale et de la fièvre traumatique des blessés

(1) Verneuil, *Discours à l'Académie de médecine,* 8 juin 1869.

déjà admise par Simpson, Cruveilhier (1), Gallard (2), vient d'être mise en évidence par M. D'Espine (3), qui paru ne série d'expériences faites sur les animaux a démontré manifestement que la fièvre puerpérale n'était en réalité que le résultat de l'introduction dans la circulation de matières septiques provenant de la cavité utérine.

Nous emprunterons au mémoire de M. D'Espine un certain nombre des faits qui vont suivre.

« Depuis, dit-il, que les recherches anatomo-pathologiques ont marché de pair avec une observation clinique plus rigoureuse et plus importante, on a été obligé de reconnaître que la puerpéralité n'est pas régie par des influences ou des lois spéciales, et que, si les conditions anatomiques particulières au traumatisme utérin et les modifications imprimées à l'organisme par la gestation peuvent donner un cachet particulier au processus pathologique, néanmoins *il n'y a pas de différence d'essence de nature. entre les fièvres puerpérales et les fièvres chirurgicales; elles sont sœurs;* les découvertes faites dans un de ces domaines s'appliquent du même coup à l'autre, de sorte que, si l'on parvient à résoudre la question de l'intoxication purulente, de l'érysipèle, de la pourriture d'hôpital, en un mot de tous les empoisonnements auxquels sont exposés les blessés, on aura résolu en même temps les problèmes que soulève l'étude des fièvres puerpérales. »

Si nous admettons que la femme récemment accouchée est dans des conditions analogues à celles des blessés, nous devons montrer que ces conditions existent réellement.

Lorsqu'une femme vient d'accoucher, le placenta se détache et l'utérus se rétracte de façon à réduire considérablement le volume de la plaie placentaire. Les sinus utérins divisés au niveau du placenta s'oblitèrent par thrombose et bientôt il s'écoule de la cavité utérine un liquide à aspect purulent que l'on a désigné sous le nom de *lochies*. Cet écoulement se tarit ordinairement au bout de peu de jours. Mais, en même temps qu'il se produit, il existe assez souvent une légère accélération du pouls et une certaine élévation de la température qui coïncident avec le début de la sécrétion lactée. Ce léger mouvement fébrile mis, par la plupart des auteurs, sur le compte de la sécrétion lactée, en paraît indépendant et semble résulter d'une introduction légère et passagère de matières septiques au sein de l'organisme. Ce qui nous paraît plaider en faveur de cette opinion, c'est l'absence souvent remarquée de tout mouvement fébrile chez les multipares, lesquelles plus fréquemment que les primipares sont exemptes des déchirures du col ou de la fourchette, qui sont les voies d'inoculation de la matière morbifique. Mais, dira-t-on, la plaie utérine existant chez l'une comme chez l'autre, elle doit pouvoir permettre chez l'une comme

(1) Cruveilhier, *Atlas d'anat. path.*, 13e livraison.
(2) Gallard, *Discours prononcé à la Société médicale des hôpitaux*, 11 février 1870.
(3) D'Espine, *Contribution à l'histoire de la septicémie puerpérale*, 1873.

chez l'autre l'introduction de l'agent septicémique ; à cet argument, il n'y a qu'à répondre que les vaisseaux de la surface placentaire étant normalement oblitérés au moment où la sécrétion lochiale s'établit, et ne pouvant dès lors servir de porte d'entrée à l'agent toxique, c'est bien la déchirure qui est la voie d'inoculation de cet agent.

Lorsque la convalescence de l'accouchement se passe régulièrement, le mouvement fébrile n'est que passager et disparaît bientôt. Mais quelquefois l'utérus ne se rétracte pas, comme cela s'observe à la suite de certains accouchements laborieux, ou après les hémorrhagies de la délivrance. S'il survient alors une fermentation des lochies, le produit de cette fermentation, la *septine* venant à s'introduire dans l'économie, déterminera l'apparition des accidents septicémiques.

Les expériences de Gaspard, celles de Ducrest et Castelnau sur l'introduction de substances purulentes et putrides dans le système circulatoire, ont parfaitement démontré l'existence de cet agent toxique. M. D'Espine a fait sur les animaux une série d'expériences qui montrent l'action plus ou moins toxique des lochies suivant leur degré d'altération. Ces expériences, qui sont au nombre de treize et qui comprennent quatre séries différentes, ont été entreprises sur des lapins ou des cobayes. Voici le résumé de ces expériences.

1re *série.* — L'injection dans le tissu cellulaire d'un lapin ou d'un cochon d'Inde faite avec une solution filtrée de sang normal, de mucus vaginal, ou d'eau de l'amnios ne détermine pas la fièvre.

2e *série.* — Le sang recueilli après la délivrance et injecté dans le tissu cellulaire ne détermine pas de fièvre appréciable.

3e *série.* — L'injection d'une solution filtrée des lochies recueillies à la fin du premier jour, détermine toujours une fièvre marquée, mais sans autres signes d'intoxication et sans altération notable de la santé ; la fièvre ainsi produite disparaît aussi vite qu'elle est venue.

4e *série.* — L'injection dans le tissu cellulaire sous-muqueux d'une solution filtrée de lochies recueillies à partir du troisième jour détermine une fièvre vive, persistante, un abcès à l'endroit de l'injection et entraîne souvent la mort de l'animal au milieu des signes de la septicémie.

D. *Nature de l'agent septique.* — Maintenant que nous avons admis qu'il se produit, à la surface de la plaie utérine, un agent septique capable de déterminer, lorsqu'il pénètre dans l'économie, l'altération du sang, nous devons nous demander quelle est la nature de cet agent, et par quelles voies il peut arriver au contact du sang.

« La décomposition naturelle des matières organiques, dit M. Faye, donne lieu à l'émission de deux genres de matières qu'il importe de ne plus confondre : l'un sensible à l'odorat et parfaitement innocent à petites doses, à savoir, les gaz puants ou méphitiques ; l'autre inodore, impalpable et invisible, mais doué d'une sorte de vie et d'une incroyable faculté de dissémination : celui-là seul est dangereux. Ce sont ces germes invisibles et

non les gaz odorants qui développent dans les corps de nature organique sur lesquels ils se déposent les phénomènes de la fermentation ou ceux des affections morbides les plus redoutables (1). »

Cette production de germes qui vont se disséminer dans l'atmosphère et se développer quand ils rencontreront un milieu favorable, nous expliquent l'épidémicité et la contagion de certaines maladies.

Mais ici se soulève une question importante : le germe qui donne naissance à la fermentation putride préexiste-t-il dans l'air et n'attend-il, pour se développer, ainsi que l'admet M. Pasteur, qu'il se trouve dans un milieu favorable à son développement, ou au contraire, comme le soutient Pouchet, naît-il spontanément lorsque la matière organique se trouve placée dans des conditions de température et d'humidité propices?

Bien que la question soit tranchée aujourd'hui par la majorité des savants en faveur des monogénistes, ou de la doctrine qui soutient la préexistence des germes dans l'atmosphère, nous ne pouvons nous empêcher d'émettre un doute et de nous demander si les hétérogénistes qui soutiennent que les germes peuvent naître spontanément ne sont pas dans le vrai, car l'hypothèse de ces derniers nous rend bien mieux compte des cas de fièvre puerpérale sporadique.

Quoi qu'il en soitde ce point délicat de doctrine, il est un fait constant, c'est que, lorsque la putréfaction survient, on voit apparaître des éléments microscopiques toujours les mêmes pour une fermentation donnée. C'est ainsi que les bactéries paraissent être le ferment de la putréfaction. Ce sont ces bactéries qui, suivant Davaine, pourraient pénétrer dans la circulation pour y jouer le rôle de ferment et déterminer chez l'homme vivant des phénomènes de putréfaction.

Bien que l'opinion de M. Davaine paraisse en partie démontrée, il ne faut pas cependant l'accepter sans réserves ; M. Onimus (2) a en effet admis qu'un sang virulent conserve sa virulence malgré la disparition des organismes vivants, et d'un autre côté qu'un sang peut n'avoir aucune influence toxique malgré la présence de ces organismes.

Bien que ces expériences contradictoires ne permettent pas de savoir quelle est la nature exacte du ferment, il n'en subsiste pas moins qu'il existe réellement un principe qui, venant à pénétrer dans l'organisme, y détermine les accidents que l'on a désignés sous le nom de septicémie.

E. *Voies d'introduction de la septine.* — Examinons maintenant par quelles voies la matière septique peut pénétrer dans la circulation. D'après Billroth (3), « pour que des substances septiques pénètrent dans le sang, chez l'homme, il faut certaines conditions ; l'absorption de pareilles substances par la peau et les muqueuses saines ne peut avoir lieu qu'autant que les matières putrides agissent en même temps à la manière des caus-

(1) Faye, *Séance de l'Académie des sciences*, 12 septembre 1870.
(2) Onimus, Note à l'Acad. de médecine. — Séance du 22 avril 1873.
(3) Billroth, *Pathologie chirurgicale générale*, traduction française, 1868, p. 405.

tiques en détruisant les surfaces, ou bien qu'elles pénètrent en raison d'une force propre comme certains cryptogames ou les infusoires. »

Nous trouvons, pour expliquer cette absorption, deux ordres de vaisseaux, les veines et les lymphatiques. Les premiers ne paraissent pas jouer un rôle aussi important que les seconds, à moins que la thrombose des tissus démontrée par Cruveilhier et Virchow ait été incomplète.

« C'est à l'absorption par les veines, dit M. D'Espine, qu'il faut probablement rapporter les accidents foudroyants de la septicémie subaiguë qui emportent les accouchées peu d'heures après l'accouchement, la rapidité de l'empoisonnement n'étant pas suffisamment expliquée par la lenteur de la circulation lymphatique (1). »

Il faut aussi dans ces cas tenir compte de l'ébranlement nerveux qui résulte du fait de l'accouchement et qui peut expliquer jusqu'à un certain point la terminaison rapide de la maladie.

La seconde voie d'introduction du poison septicémique est le système lymphatique. Le docteur Lucas Championnière, qui a étudié avec soin les lymphatiques de l'utérus après l'accouchement, a fait jouer un rôle important à la lymphangite dans le développement des accidents. Il a démontré que la péritonite était toujours plus accentuée au niveau des lymphatiques suppurés, et il a admis que la péritonite était consécutive à l'inflammation des lymphatiques. Il est donc très-vraisemblable d'admettre que ce sont les lymphatiques qui charrient les matières septiques et qui en permettent l'introduction au sein de l'économie.

D'autres auteurs ont pensé que la trompe pouvait servir de fil conducteur à l'inflammation.

Copland croit que l'inflammation peut ainsi cheminer le long des fibres de la trompe, mais c'est là une opinion qui ne nous paraît guère admissible.

M. J. Guérin a pensé que le pus et les liquides utérins pouvaient être entraînés dans le péritoine à travers les trompes par une sorte d'aspiration, et déterminer ainsi le développement de la péritonite. Cette idée, qui au premier abord est empreinte d'un certain caractère de probabilité, a été réfutée par les expériences de Fontaine sur des utérus de femmes récemment accouchées. Il résulte en effet de ces expériences que le liquide injecté dans la cavité utérine ne pénètre jamais dans le péritoine pourvu qu'on ait soin, 1° de ne pas propulser le liquide avec une trop grande violence; 2° de lui permettre de refluer dans le vagin dès que la cavité utérine est remplie (2).

On a encore pensé que l'introduction de l'agent septique pouvait se faire par les voies respiratoires, et, de là, il résulterait qu'une plaie des organes génitaux ne serait pas indispensable au développement de la maladie.

(1) D'Espine, *Contribution à l'histoire de la septicémie puerpérale*. Paris, 1873, p. 24.
(2) Fontaine, *Recherches sur les injections utérines après l'accouchement*, thèse.

Sans nous refuser absolument de croire à ce mode d'infection, nous pensons qu'il est très-exceptionnel et qu'il doit être admis avec une grande réserve.

§ IV. — Causes.

Les causes sont de deux ordres différents, les unes sont individuelles, les autres sont générales. Les premières sont inhérentes à la femme elle-même, les secondes sont le résultat de certaines conditions extérieures. Quelle est l'importance de chacune d'elles ? C'est ce qu'il est très-difficile de préciser; nous croyons cependant que les causes individuelles ont la plus grande part dans la production de la maladie, tout en reconnaissant qu'à un certain moment, les causes générales peuvent intervenir efficacement pour entretenir et pour favoriser la transmission de la maladie, et même alors devenir plus importantes que les causes individuelles. Les causes individuelles président au développement de la maladie, les causes générales au contraire la perpétuent. Mais causes individuelles et causes générales ne sont que des causes prédisposantes, la cause efficiente est l'introduction dans la circulation de la septine élaborée à la surface de la plaie utérine. Nous étudierons donc successivement les causes soit individuelles, soit générales, qui favorisent le développement de la septine.

1° *Causes individuelles.* — A. *Conditions morales et physiques des femmes.* — Ces deux causes sont ordinairement intimement liées l'une à l'autre et il est très-difficile dans beaucoup de cas de faire la part qui revient à chacune d'elles. La femme qui vient d'accoucher est presque toujours dans un état d'affaiblissement physique très-marqué, la grossesse détermine chez elle un état de chloro-anémie qui facilite singulièrement le développement des accidents. Quant aux émotions morales, elles peuvent aussi être regardées comme une grande cause prédisposante.

Témoin insiste avec beaucoup de raison sur l'influence des émotions morales. Après des chiffres dont personne ne peut nier l'éloquence, l'auteur ajoute : « D'autres preuves de l'influence de l'état moral nous ont été fournies par l'épidémie de cette année. Maintes fois nous avons vu d'une manière frappante des femmes qui, presque guéries ou en bonne voie de guérison, souvent même exemptes d'affections puerpérales, être prises tout à coup à la fin d'une journée dans laquelle elles avaient eu le douloureux spectacle de femmes mourant à côté d'elles; c'est la peur, cette cause si bien reconnue dans toutes les affections épidémiques ; ou bien encore des nouvelles leur arrivant du dehors les jours de visite surtout. »

Les filles mères, à cause des préoccupations et des chagrins auxquels elles sont en proie, sont plus sujettes au développement de la fièvre puerpérale que les femmes mariées. Voici à ce sujet les relevés de MM. Tarnier et Trélat, qui ont été communiqués à la Société de chirurgie (1).

(1) *Discussion sur l'hygiène des maternités, Société de chirurgie*, 1866.

Le relevé de M. Tarnier, qui comprend les années 1861, 1863, 1865, nous donne :

		Accouchements.	Décès.	Proportion.
En 1861.	Femmes mariées....	342	29	1 décès sur 11,79
—	Filles mères.....	1,773	219	1 — 8,10
En 1863.	Femmes mariées....	404	39	1 — 10,36
—	Filles mères.....	1,602	237	1 — 8,10
En 1865.	Femmes mariées....	276	29	1 — 9,51
—	Filles mères.....	1,254	281	1 — 4,41

Le relevé de M. Trélat comprend une période de 10 ans de 1855 à 1864, il donne :

Femmes mariées..	1 décès sur 16,15.
Filles mères.....	1 — 11,14.

B. *Primiparité.* — *Age.* — Il est aujourd'hui parfaitement démontré que les primipares sont plus exposées que les multipares, et que les premières sont d'autant plus aptes à être atteintes, que l'accouchement a lieu à un âge plus avancé. Lasserre, Charrier, Guyon, Hervieux et Tarnier sont unanimes à reconnaître cette influence de la primiparité.

Sur 190 malades mortes à la suite de l'accouchement, M. Hervieux a noté 119 primipares et 71 multipares; sur 213 cas de mort, Charrier a trouvé 155 décès fournis par les primipares.

Cette mortalité plus grande chez les primipares paraît s'expliquer par ce fait que les déchirures du col ou du périnée sont plus fréquentes et que partant l'inoculation de la septine est plus souvent possible. D'un autre côté, la longueur du travail, qui est aussi plus grande chez elles, paraît avoir une influence certaine sur le développement des accidents.

C. *Acclimatement.* — D'après Lasserre, Charrier et Tarnier, les femmes enceintes seraient d'autant moins exposées à mourir à la suite de l'accouchement qu'elles auraient séjourné plus de temps à l'hôpital, avant le moment de la parturition. Mais cette opinion est contredite par Trélat et Hervieux (1). Il résulte d'un relevé statistique publié par Hervieux qui porte sur une période de dix ans que sur 21,029 femmes admises à la maternité de l'année 1855 à 1864 inclusivement, on compte 8,123 femmes accouchées le jour même de leur admission, et 12,906 ayant séjourné dans la maison de deux jours à un mois et plus avant leur accouchement : or sur ce chiffre de 8,123 il y eut 7,559 sorties et 564 décès. Sur le chiffre 12,906, on relève 11,698 sorties et 1,208 décès, ce qui donne une mortalité de 6,82 pour 100, pour les femmes accouchées le jour de leur entrée et de 9,35 pour 100 pour celles qui avaient préalablement séjourné dans la maison.

Il résulte donc de ces chiffres et de ceux publiés par d'autres observa-

(1) Hervieux, *Des maladies puerpérales, suites de couches*, 1870, p. 49.

teurs que le séjour à l'hôpital serait plutôt défavorable. M. Hervieux, d'après un document qui lui a été communiqué par le directeur de la Maternité de Paris, fait remarquer qu'on doit distinguer en ce qui concerne l'acclimatement, les années épidémiques, des années non épidémiques.

Pour les premières, les relevés officiels résoudraient la question dans un sens contraire à l'acclimatement, pour les secondes, dans un sens moins défavorable. « En d'autres termes, dit M. Hervieux, le séjour préalable à l'hôpital aggrave la mortalité dans les années épidémiques et exerce une influence beaucoup moins funeste dans les années non épidémiques (1). »

D. *Constitution.* — La santé antérieure des malades ne paraît pas avoir l'importance que certains auteurs lui attribuent, et beaucoup de femmes succombent sans avoir présenté d'altération sensible de la constitution. « J'ai souvent au contraire, dit M. Hervieux, surtout dans les années épidémiques, j'ai souvent, dis-je, été frappé de la fraîcheur, de l'embonpoint, de la constitution robuste de la plupart des malades qui sont emportées par le fléau puerpéral, tandis que des femmes grêles, débiles, sont respectées ou résistent aux accidents dont elles sont atteintes (2). »

E. *Longueur du travail.* — *Manœuvres obstétricales.* — La longueur du travail préside efficacement au développement de la maladie. D'après Lasserre (3), « un travail court n'exempte pas les nouvelles accouchées de la fièvre puerpérale; mais elles y sont beaucoup moins exposées; un travail long augmente la mortalité dans une proportion effrayante. »

Les chiffres suivants, indiqués par cet auteur, viennent à l'appui de son opinion.

Travail	court (moins de 6 heures)...	845	accouchées	19 décès.
—	moyen (de 6 à 8 heures).....	1,198	—	34
—	long (plus de 18 heures).....	276	—	34

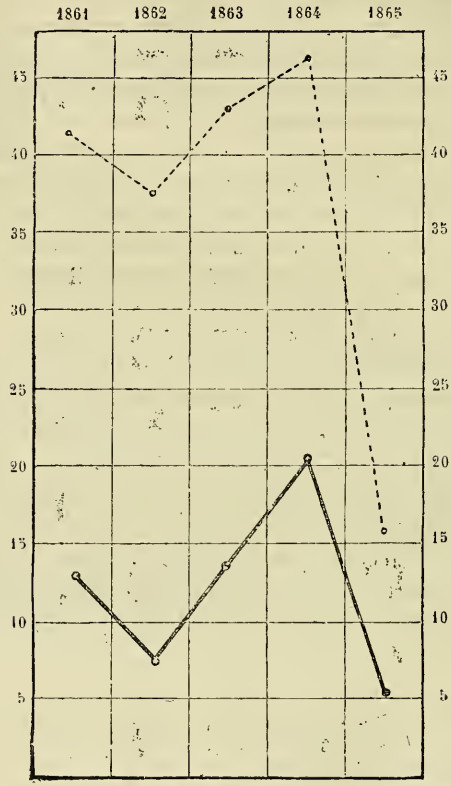
Tarnier et Hervieux partagent la même opinion.

Les opérations obstétricales au contraire sont loin d'avoir l'influence que l'on serait tenté de leur attribuer. Sans doute la mortalité des opérées est toujours plus élevée que celle des femmes qui sont accouchées naturellement, mais on voit que le nombre des décès en temps d'épidémie n'est pas proportionnellement plus grand que chez celles qui n'ont subi aucune manœuvre obstétricale.

Le tableau suivant, qui comprend cinq années de la Maternité de 1861 à 1865, et qui est emprunté à M. U. Trélat (4), indique clairement le pa-

(1) Hervieux, *Des maladies puerp., suites de couches*, 1870, p. 50.
(2) *Ibid.*, p. 62.
(3) Lasserre, thèse, Paris. 1842.
(4) U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales* (*Annales d'hyg. et de méd. lég.*, t. XXVII, 1867, p. 246).

rallélisme qui existe entre la mortalité générale et celle qui suit les opérations chirurgicales.



..... Mortalité des opérées. — •———• Mortalité générale.

Fig. 333. — Parallélisme entre la mortalité des opérées et la mortalité générale.

Voici d'ailleurs les chiffres sur lesquels le tableau précédent est construit :

Années.	Mortalité générale pour 100.	Mortalité des opérations pour 100.
1861	11,73	41.67
1862	7,49	37,50
1863	13,70	42,80
1864	20,26	46,15
1865	5,97	15,62

M. U. Trélat fait remarquer alors que, lorsque la mortalité générale est forte, celle des opérations l'est aussi, toute proportion gardée. Si la mortalité générale baisse, il en est de même pour l'autre.

« Les chiffres qui précèdent, dit M. U. Trélat, ne sont en aucune façon des moyennes de résultats obstétricaux. Ce sont des chiffres horriblement chargés, des chiffres qui représentent pour un peu l'acte opératoire, et

pour beaucoup l'influence pernicieuse de l'hôpital. D'où M. Trélat conclut : « d'une part que les opérations fournissent un faible contingent à la mortalité générale, d'autre part que l'état nosocomial (indiqué par la mortalité) tient sous sa dépendance rigoureuse, le résultat des opérations. »

Il résulte de là que, puisque les opérations obstétricales ne paraissent pas avoir une influence notable sur le développement de la maladie et que d'autre part les accouchements longs et difficiles y prédisposent singulièrement, on ne devra pas hésiter à recourir au forceps quand le travail est laborieux. Ce conseil a d'ailleurs été déjà donné par Béhier, qui dit à ce sujet :

« Je suis si convaincu de la fâcheuse influence d'un travail long et difficile que je crois qu'il faut user du forceps plus souvent et plus vite que ne le conseillent en général les traités d'accouchement. C'est là un moyen d'éviter ces contusions de l'utérus, ces gangrènes partielles qui entraînent de si fâcheuses conséquences, comme aussi un moyen d'éviter ces phlegmasies auxquelles les veines utérines prennent part (1). »

L'application du forceps, quand elle se fait sans grands efforts, paraît en effet plutôt favorable ; mais si cette application a été laborieuse, et si les tractions violentes ont été nécessaires, le traumatisme est alors sérieux et est souvent suivi du développement de la fièvre puerpérale.

2° *Causes générales.* — Les causes générales qui favorisent le développement de la fièvre puerpérale sont multiples, c'est l'action combinée de ces causes qui, intervenant plus activement à certaines époques, favorisent le développement des *épidémies*.

Les malades atteintes de fièvre puerpérale laissent échapper, ainsi que nous l'avons déjà admis, des ferments qui se disseminent dans l'atmosphère. Que ces ferments se trouvent condensés sous l'influence de certaines conditions météorologiques, telles que l'humidité ou le froid qui empêchent la ventilation des salles d'accouchement, ou sous l'influence de l'encombrement; il doit en résulter que leur action sera plus énergique, et qu'un plus grand nombre de femmes sera atteint; on dit alors qu'il y a *épidémie*. Au contraire, si la dissémination des germes dans l'atmosphère est facile par suite de conditions météorologiques opposées, telles que : un temps sec avec un vent susceptible d'entraîner au loin le ferment morbide, une aération suffisante des salles et un nombre assez restreint de nouvelles accouchées, la maladie cesse de se produire, il y a absence d'*épidémie*.

Examinons successivement les diverses causes générales qui interviennent pour favoriser le développement des épidémies.

A. *Conditions météorologiques.* — Il est parfaitement démontré aujourd'hui que la fièvre puerpérale se développe dans certaines années et à

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, 1861, p. 585.

certaines époques avec une intensité et une gravité bien plus grandes que dans d'autres.

La maladie règne surtout dans les mois d'hiver et du printemps, pendant les temps humides et froids et pendant les alternatives de temps chauds et froids et à la fois humides. Les tableaux suivants semblent le prouver.

TABLEAU I. (GORDON.)

Octobre	13	Avril	6
Novembre	8	Mai	6
Décembre	12	Juin	»
Janvier	?	Juillet	»
Février	8	Août	5
Mars	6	Septembre	5

TABLEAU II. (CAMPBELL.)

1821.	Mars	1	1822. Janvier	7
	Avril	7	Février	6
	Mai	2	Mars	5
	Juin	2	Avril	4
	Juillet	3	Mai	4
	Août	1	Juin	3
	Septembre	1	Juillet	2
	Octobre	7	Août	1
	Novembre	13	Septembre	3
	Décembre	11	Octobre	2

TABLEAU III. (FERGUSON.)

	1827	1828	1829	1830	1831	1832	1833	1834	1835	1836	1837	1838	TOTAL.
Janvier	»	2	3	3	»	2	»	»	2	4	3	9	28
Février	»	2	7	»	»	»	»	»	2	6	»	»	17
Mars	1	»	3	2	»	»	2	»	»	6	»	8	22
Avril	3	»	1	1	4	1	1	3	2	6	3	9	34
Mai	4	4	»	»	1	»	2	»	5	2	2	»	20
Juin	»	3	»	»	»	1	2	»	6	4	»	»	16
Juillet	»	3	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	5
Août	»	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Septembre	2	8	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	12
Octobre	»	4	6	»	»	2	»	»	5	»	»	»	17
Novembre	»	»	»	1	2	»	»	4	2	»	»	»	9
Décembre	»	8	3	»	2	»	1	2	5	3	»	»	21
Malades	10	37	24	7	9	8	9	9	26	31	9	26	205
Morts	1	7	6	2	2	5	3	5	10	9	2	20	72

TABLEAU IV. (DUGÈS.)

1819.	Janvier	81	1819. Juillet	40
	Février	82	Août	40
	Mars	65	Septembre	53
	Avril	47	Octobre	69
	Mai	67	Novembre	74
	Juin	35	Décembre	63

TABLEAU V. (DELAROCHE, de Genève.)

Janvier	77	Juillet	37
Février	43	Août	36
Mars	76	Septembre	51
Avril	55	Octobre	51
Mai	35	Novembre	66
Juin	40	Décembre	61

A Aberdeen, les mois les plus funestes ont été octobre, décembre, novembre ; à Edimbourg, novembre, décembre, janvier ; à Londres, janvier, mars, février, décembre, mai ; à Paris, novembre, octobre, février ; à Genève, janvier, mars, février ; et, pendant ces mois, nous trouvons que les maladies caractérisées par une altération du sang sont prédominantes.

D'après les relevés de Lasserre, de Tarnier, de Témoin, de Hirsch (de Berlin), il est constant que la maladie est plus fréquente en hiver. Sur 23 épidémies citées par Lasserre, 11 ont eu lieu en hiver, 5 en automne, 5 en été, 2 au printemps ; sur 176 épidémies signalées par Hirsch, on en trouve 85 en hiver, 37 au printemps, 34 en automne, 20 en été.

Dans un relevé publié par M. U. Trélat (1) et qui comprend les chiffres des décès pendant une période de 40 ans à la Maternité de Paris, on trouve :

Avril et octobre	6 à 7	pour 100.
Janvier, février, mars, novembre, décembre, mai	5 à 6	—
Septembre et août	4 à 5	—
Juillet et juin	3 à 4	—

M. Trélat rapporte que « en 1829 la Maternité, l'hôpital Saint-Louis, l'Hôtel-Dieu avaient tous une forte mortalité.

« En 1841 et 1842, la Maternité de Vienne, celle de Paris, Saint-Louis, la Clinique et l'Hôtel-Dieu ; en 1853 et 1854, les Maternités de Vienne et de Paris, la Clinique et l'Hôtel-Dieu ; en 1861, les mêmes hôpitaux à Paris et à Vienne, subissaient en même temps les mêmes effets funestes.

« D'un autre côté, en 1848, 1849, 1850, 1851 et même 1852, la mortalité des accouchées dans les hôpitaux est plus basse à la fois à Vienne, à Dresde, à Londres, à Paris et dans tous les services de cette ville, Maternité, Clinique, Saint-Louis, Hôtel-Dieu. »

M. Trélat fait remarquer que, « en attribuant ces faits contradictoires aux conditions météorologiques, ils s'expliquent aisément. On sait que 1829 fut caractérisé par un froid rigoureux et persistant ; que 1842 fut une année de grande sécheresse ; que 1853, 1854, 1861, furent des années de tempêtes, de pluie prolongées et de trouble saisonnier profond, qui eut pour résultat de produire, au moins en France, la disette des récoltes.

(1) U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales* (*Annales d'hygiène et de méd. lég.*, t. XXVII, 1867, p. 262).

Inversement peut-on oublier que les années 1848 à 1851, et notamment 1848 et 1849, eurent de longs étés sans trop grande sécheresse et en conséquence d'abondantes récoltes ?

« Si, au contraire, on invoque ces analogies pour prouver la réalité et la puissance de l'épidémie puerpérale, si l'on veut que ce soit un génie épidémique qui manifeste ainsi son existence, il faut de toute nécessité admettre que parfois aussi un génie anti-épidémique entre en campagne et répand ses faveurs sur les Maternités, conséquence bizarre à laquelle n'ont point encore songé les partisans de l'épidémicité (1). »

Maintenant qu'il est bien constaté que la maladie se développe principalement par les temps froids et humides, recherchons quelle est l'influence des maisons d'accouchement et de l'encombrement, et nous verrons alors que l'influence si nuisible des Maternités peut être attribuée vraisemblablement à certaines conditions météorologiques.

B. *Maisons d'accouchement. — Encombrement.* — En passant en revue l'histoire des épidémies de fièvre puerpérale, il paraît y avoir sur son développement une influence très-manifeste des maisons d'accouchement. Lorsque des femmes sont réunies dans une salle d'hôpital et que quelqu'une vient à être atteinte de la maladie, l'écoulement lochial putréfié laisse échapper dans l'atmosphère des germes qui sont emportés par les poussières qu'il renferme, ou s'attachent aux objets de pansement ou aux vêtements ou aux mains des personnes qui donnent des soins aux accouchées et qui, venant à se trouver en contact avec l'écoulement lochial de femmes séjournant dans la même salle, y déterminent la fermentation et propagent ainsi la maladie.

Le développement exagéré, à certaines époques, de la fièvre puerpérale, paraît être en rapport avec l'accumulation des germes sous l'influence de conditions météorologiques particulières.

« Je crois, dit M. U. Trélat, que les variations de l'atmosphère n'agissent nullement en vertu d'une puissance occulte et mystérieuse, mais qu'elles sont, pour le miasme hospitalier, ce que sont les chaleurs orageuses pour le miasme paludéen, ce que sont les sécheresses prolongées pour les miasmes des grandes villes, ce que sont les temps de dégel ou d'humidité pour les miasmes de toutes les habitations (2). »

Quant à l'encombrement, il paraît être une cause efficace dans le développement de la maladie. Au premier abord cependant la statistique paraît démontrer le contraire. Spaeth (de Vienne), s'appuyant sur des relevés statistiques qui comprennent une longue suite d'années de 1784 à 1863, a admis que la mortalité des salles de femmes en couches est indépendante du chiffre de la population de ces salles.

(1) U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales* (*Annales d'hyg. et de méd. lég.*, t. XXVII, 1867, p. 270).

(2) U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales* (*Annales d'hygiène et de méd. lég.*, t. XXVII, 1867, p. 268).

La même remarque peut être faite pour la Maternité de Paris. La statistique de la mortalité de cet hôpital de 1802 à 1863 démontre que les années les plus chargées comme nombre d'accouchées sont précisément celles qui ont fourni le moins de décès pour 100.

Cette conclusion est cependant erronée, car si l'on veut bien considérer ce qui se passe quand une épidémie de fièvre puerpérale se développe, on verra alors que c'est la conclusion opposée qu'il faut considérer comme vraie. Voyons en effet ce qui se passe suivant que l'état sanitaire d'un hôpital est bon ou mauvais. Dans le premier cas, les accouchements se succèdent rapidement, les femmes ne séjournant que peu de jours à l'hôpital, et les lits ne restent alors presque jamais vacants. Dans le second cas, au contraire, on restreint le nombre des entrées et les femmes occupent leur lit pendant un espace de temps bien plus considérable. Il résulte, de là, que les années les plus chargées comme mortalité, seront aussi précisément celles qui fourniront le moins d'accouchements.

Nous pensons au contraire que l'encombrement joue le rôle d'une cause adjuvante, importante et dont il est bon de tenir compte.

C. *Infection.* — Quant à l'infection de la malade par l'introduction du ferment septicémique, par les voies respiratoires, nous avons admis qu'elle était douteuse, nous avons d'ailleurs vu le même doute soulevé par M. Verneuil pour la septicémie des blessés, bien que cet auteur rapporte que des malades ayant une simple contusion, mais placés au voisinage de sujets septicémiques, ont pu présenter des accidents fébriles résultant probablement d'une infection par les voies respiratoires. Mais il faut remarquer que les accidents observés par M. Verneuil ont toujours été légers et personne, je crois, n'a encore vu mourir de septicémie un malade, sans présenter une lésion des téguments.

Nous sommes dès lors assez éloigné de l'opinion de M. Hervieux qui admet l'existence d'un miasme spécial qu'il désigne sous le nom de miasme puerpéral et dont la voie d'introduction ordinaire dans l'économie serait l'appareil pulmonaire. Nous pensons au contraire que la maladie tient à l'introduction par les vaisseaux de la septine élaborée à la surface de la cavité utérine et peut-être, mais exceptionnellement, à l'introduction du même poison par les voies respiratoires.

D. *Contagion.*—La contagion, qui ne semble guère douteuse aujourd'hui, rend parfaitement compte du développement de la fièvre puerpérale dans les Maternités. Lorsqu'une femme vient à être atteinte de la maladie, elle laisse échapper, avons-nous dit, des germes qui se répandent dans l'atmosphère des salles et se déposent sur les objets qui servent à l'usage des nouvelles accouchées. Ces germes peuvent se trouver en contact avec l'écoulement lochial de femmes récemment accouchées et jusqu'alors indemnes. Il se produit chez ces dernières une fermentation de l'écoulement lochial d'où résulte l'intoxication si les vaisseaux lymphatiques

utérins se trouvent dans des conditions favorables à l'absorption du produit altéré.

Je dois à l'obligeance de mon excellent ami le docteur Charpentier, une traduction d'un passage de Braun qui offre des vues assez originales sur la contagion et l'infection des maladies pour que je croie utile de le reproduire. « Toutes les maladies contagieuses, dit Braun, consistent dans une modification de la vie cellulaire, et contagion et infection sont deux expressions identiques. Par conséquent il n'est pas impossible que le typhus, la scarlatine, la rougeole, la grippe, la peste, la fièvre jaune, le choléra, la fièvre puerpérale, la pourriture d'hôpital dérivent d'un agent commun, et que les différents phénomènes de ces maladies naissent dans l'organisme humain, des différentes circonstances prédisposantes inhérentes aux individus, ou dépendant des rapports de terrain, de lieu et de climat; ou bien soient déterminés par des influences atmosphériques et telluriques qui pourtant, la plupart du temps, échappent à tout contrôle.

« Un seul individu atteint d'une de ces maladies pourrait par conséquent agir contagieusement sur toute une population, c'est-à-dire à la façon de la levûre qui est en état de mettre en mouvement toute une masse fermentescible. Cela explique comment les épidémies éclatent; de telle sorte qu'un individu considéré comme foyer d'infection pourrait devenir ainsi un foyer épidémique, et que par conséquent il serait faux de poser en principe que des maladies épidémiques ne sont pas contagieuses (1). »]]

Laissant de côté la question de la contagion d'une malade à une autre, examinons un instant la possibilité du transport de l'affection par une tierce personne à une patiente pendant qu'elle accouche, ou après son accouchement. La valeur des faits connus sera mieux appréciée si on les soumet à une classification.

1° Il semble impossible de douter que la matière contagieuse capable de donner la fièvre puerpérale puisse être portée par une tierce personne non atteinte de la maladie; par exemple, dans les faits connus de fièvre puerpérale, suivant les pas de médecins ou de gardes ayant soigné immédiatement auparavant des malades atteintes d'érysipèle. Les cas sont trop nombreux et trop remarquables pour être regardés comme de simples coïncidences; j'ajoute même que l'existence, au même moment, d'une épidémie puerpérale ne les invaliderait pas. La cause productrice n'en serait que plus puissante.

2° L'opinion connue de Rokitanski, Semmelweis (2) et d'autres, est que la matière morbifique recueillie par la dissection de sujets n'ayant pas succombé en couches, peut être transportée par l'anatomiste et développer

(1) Braun, *Zur Lehre und Behandlung der Puerperalprocesse und ihrer Beziehungen zu einigen zymotischen Krankeiten* (*Klinik der Geburtshilfe und Gynækologie*, 1865).

(2) Semmelweis, in Arneth, *Note sur le moyen proposé et employé par M. Semmelweis pour empêcher le développement des épidémies puerpérales* (*Annales d'hygiène*, 1851, t. XLV, p. 281).

la maladie chez une femme qu'il aura accouchée, et c'est en grande partie à cette cause qu'a été attribuée l'explosion de la fièvre puerpérale à la Maternité de Vienne. Un célèbre médecin étranger avoue qu'il doit en deux circonstances le développement de la maladie dans sa clientèle privée à ce qu'il a manié des pièces anatomiques, avant d'assister les femmes dans leur accouchement.

3° Nous aurons, par conséquent, moins de difficultés à croire que des effets semblables puissent être produits par des hommes ayant disséqué des cadavres de femmes accouchées, avant d'assister à un accouchement, surtout s'ils n'avaient pas pris aussitôt les précautions les plus rigoureuses.

Par exemple, dans l'automne de 1821, Campbell (d'Édimbourg) pratiqua l'autopsie d'une femme mariée ayant succombé à la fièvre puerpérale, après un avortement survenu dans les premiers mois.

Il enleva les viscères du bassin et les porta dans la poche de son habit à l'amphithéâtre; le lendemain matin, il remit les mêmes vêtements, il assista avec quelques-uns de ses élèves à une opération obstétricale à Bridewell. La femme fut prise de la même affection et mourut. La même nuit, il accompagna le docteur Orr pour délivrer une femme au nord de Canongate. Elle succomba également, et, dans un très-court espace de temps, trois autres femmes subirent le même sort.

En 1823, il assista à une autopsie de fièvre puerpérale, mais il ne put se laver les mains avec tout le soin désirable. En sortant de l'amphithéâtre d'autopsie, il assista deux femmes dans leur accouchement et toutes les deux moururent.

A un meeting du College of Physicians, à Philadelphie (États-Unis), Warrington rapporta que, après avoir assisté à une autopsie de péritonite puerpérale, il fut appelé à faire successivement trois accouchements. Les trois femmes furent prises de fièvre puerpérale. « M. Davies rapportait que, dans l'automne de 1822, il eut douze cas de fièvre puerpérale pendant que les collègues du voisinage n'en avaient pas, ou au moins excessivement peu. Il ne pouvait, disait-il, attribuer ce fait à d'autres causes qu'au transport de la maladie par lui-même, qui avait assisté à deux autopsies de fièvre puerpérale, et cependant il avait pris toutes les précautions imaginables. Un jeune médecin, aussitôt après avoir fait l'autopsie d'une femme ayant succombé à une affection puerpérale sporadique, fit trois accouchements; les trois femmes moururent de fièvre puerpérale. » Ingleby rapporte que deux médecins, après avoir assisté à une autopsie de fièvre puerpérale, s'en furent dans les mêmes vêtements, chacun de leur côté, procéder à une opération obstétricale. L'une des femmes fut prise après trente heures, et l'autre après trois jours. L'un des médecins, habillé encore des mêmes vêtements, assista une autre femme, elle fut prise le soir du cinquième jour et mourut (1).

(1) Copland's *Dictionary*, art. PUERPERAL FEVER.

Maintenant, quant aux cas qu'on a observés aussitôt après des autopsies, il paraît peu douteux qu'ils aient été produits par cette cause. La maladie peut avoir été transportée par les habits ou les mains de l'accoucheur, ou au moins l'effet suit si immédiatement la cause qu'il est difficile de ne pas admettre celle-ci.

4° Pouvons-nous nous aventurer à dire la même chose du fait suivant : Merriman (1) raconte qu'il assistait à une autopsie de fièvre puerpérale à deux heures après-midi : *il prit soin de ne pas toucher au corps*. A neuf heures du soir, il assista une femme en couches, elle était si près d'être délivrée, qu'il eut à peine à intervenir. Le lendemain matin, la femme eut des frissons et mourut en quarante-huit heures.

Nous ne savons pas si la fièvre puerpérale était épidémique en ce moment, mais cette cause paraît si improbable que nous serions enclin à rechercher une autre explication.

5° Jusqu'à présent nous avons vu des médecins ayant manié des matières morbides dont les habits et les personnes étaient exposés aux émanations des cadavres, et de là passent aux lits des femmes en couches. Nous avons donc une cause distincte appréciable et qui, peut-être, et je dirai très-probablement, apporta la maladie aux premières femmes qui furent atteintes de fièvre puerpérale, mais dans plusieurs cas l'affection ne fut pas limitée aux premières, mais se montra successivement chez d'autres accouchées. Quelle raison donner de ce fait et comment expliquer la ténacité avec laquelle la fièvre puerpérale semble quelquefois s'attacher aux pas d'un ou deux praticiens ; que celle-ci ait été produite par les matières morbifiques provenant de dissections ou non? Prenons les exemples suivants : Gooch rapporte que « un praticien ayant une grande clientèle d'accouchements, perdit tant de femmes de fièvre puerpérale qu'il se décida à s'abstenir pendant un temps, laissant sa clientèle à un de ses élèves. Il en fut ainsi pendant un mois, il ne se développa pas un seul cas de fièvre puerpérale. Le maître alors reprit la direction de ses malades. La première femme qu'il assista fut atteinte de la maladie et mourut. » Ce dernier fait semble me prouver que la maladie était épidémique à ce moment. Des cas semblables sont venus à ma connaissance plus récemment. West (de Philadelphie) rapporte que sur sept femmes délivrées successivement par S. Jackson, toutes furent atteintes de la maladie et cinq succombèrent. Ce furent là les seuls faits observés dans le district, car les femmes ayant pris l'alarme recoururent aux soins d'un autre accoucheur. Un médecin de Boston (Etats-Unis) a observé consécutivement les faits suivants : le 24 mars, le 9 avril, le 10, le 11, le 27 et le 28 du même mois et le 8 mai, sept femmes furent atteintes et cinq moururent, le médecin quitta alors la ville; un autre praticien écrit à Holmes ce qui suit : « Le premier cas observé fut, en février 1830, par un temps très-froid. La femme fut accouchée le 4 ; elle

(1) Merriman, *Lancet*, 2 mai 1840.

succomba le 12. Du 10 au 28 du même mois, j'ai accouché six femmes; toutes se rétablirent, excepté la dernière. Deux autres partagèrent le sort de celle-ci, et qui avaient été accouchées le 1er et le 5 mars. Madame E..., accouchée le 28 février, fut prise de la maladie et mourut le 8 mars. Le lendemain 9 mars, je fis l'autopsie, et la nuit suivante j'assistai à l'accouchement de madame G..., qui fut frappée et succomba le 16 mars; madame B..., accouchée par moi le 10, tomba malade, mais elle se rétablit. Le 16 mars, j'allai de la chambre de madame B... accoucher une autre dame qui succomba le 22. Pendant que madame B... était malade, le 15, j'allai de chez elle accoucher une autre femme, qui ne fut pas malade.

« Jusqu'au 20 du mois, j'avais toujours porté les mêmes vêtements. Je refusai alors de faire aucun accouchement et n'en fis pas jusqu'au 21 avril. Je changeai complétement et me lavai des pieds à la tête. Je repris ma pratique et n'eus plus de fièvre puerpérale.

« J'ajoute que ces cas n'étaient pas limités dans un espace restreint. Les deux patientes les plus rapprochées étaient distantes l'une de l'autre d'un demi-mille au moins, la plus voisine de ma résidence en était séparée d'un quart de mille, les autres étaient éloignées de deux ou trois milles, il n'y eut pas d'autres cas dans le voisinage immédiat. » Ramsbotham a vu la maladie s'étendre à travers tout un district ou limitée à la pratique d'un seul médecin pendant que d'autres n'en voyaient pas un seul cas. Il considère que la maladie est transportable non-seulement par les moyens ordinaires, mais encore par les vêtements des assistants. Dans le Sunderland, quarante cas sur cinquante-trois se produisirent dans la pratique d'un seul médecin et de son aide. Robertson (de Manchester) raconte que, du 3 décembre 1830 au 4 janvier 1831, une sage-femme accoucha trente femmes du bureau de charité; sur ce nombre, seize furent frappées de fièvre puerpérale, et toutes succombèrent.

D'autres sages-femmes de la même institution accouchèrent trois cent quatre-vingts femmes dans le même temps, et elles n'en perdirent pas une. Le même médecin rapporte un fait où un de ses confrères sonda une pauvre femme atteinte de fièvre puerpérale et dans la même soirée accoucha une dame qui fut prise de la maladie le second jour. Des observations analogues ont été publiées par Pierson de Salem (États-Unis), par Peldie et par Beccroft, et de pareils faits sont très-frappants et demandent évidemment un soigneux examen pour juger la question.

Mais écoutons d'abord ce que dit d'un autre côté Meigs : son premier argument est tiré de sa propre expérience. « J'ai fait, dit-il, des accouchements depuis de longues années. J'ai assisté quelques milliers de femmes en couches, j'ai traversé de nombreuses épidémies tant en ville qu'à l'hôpital, et cependant, après mûr examen, je n'ai pas la moindre raison de supposer que j'aie, en aucun cas, transporté la maladie d'une femme à une autre. Je ne crois pas non plus que la contagion soit possible par une

tierce personne, même après avoir lu les observations des divers auteurs sur ce sujet. »

Dans le cours de ma vie professionnelle, j'ai fait quantité d'autopsies, et jamais je n'ai pour cette raison suspendu mes fonctions. Et cependant je ne crois pas avoir jamais été un agent de transmission. Nombre de fois, j'ai été au chevet d'une femme mourant des suites de couches, même en temps d'épidémie, sans que les femmes que j'ai vues ensuite en aient souffert. Je suis également venu en aide à mes confrères alors qu'ils avaient des cas de fièvre puerpérale et que moi-même je n'en avais aucun. Dans une série d'accouchements, quatre cent soixante-huit environ, et en commençant par le n° 1, je constate que les n°s 18 et 19 furent malades, que le n° 18 a succombé à une fièvre puerpérale, le n° 31 fut malade et se rétablit, les n°s 195 et 259 furent atteints et guérirent; le n° 291 mourut, ainsi que le n° 293. Les n°s 332, 339, 435, 444 et 445 furent malades et se rétablirent. Les cas précédents, c'est-à-dire 18, 19, 31, 195, 259, 291, 293, 332, 339, 435, 444, 445, 455 forment en tout treize cas sur quatre cent soixante-huit accouchements parmi lesquels trois femmes ont succombé et dix se sont rétablies.

Maintenant, si j'ai été l'intermédiaire de la contagion pour une de ces femmes dans cette série de quatre cent soixante-huit accouchements, pourquoi ont-elles été frappées dans l'ordre que j'ai cité, et pourquoi n'ai-je pas communiqué la maladie à plus de treize femmes sur plus de quatre cent soixante-huit? Qu'est devenue mon influence désastreuse du n° 31 au n° 195 et au n° 259, des n°s 291 à 435 et ainsi jusqu'au quatre cent soixante-huitième numéro?

Un pareil tableau s'explique bien mieux par les coïncidences, par les accidents que par la transmission matérielle.

En outre, pour ce qui est de cette singulière concentration de la maladie à la pratique d'une seule personne, Meigs ajoute :

« J'ai rapporté (1) les circonstances de la pratique d'un médecin de Philadelphie, qui, dans une saison d'épidémie, perdit un nombre considérable de femmes en couches, ses patientes étaient disséminées sur une grande superficie de la cité et des districts; quelques-unes étaient éloignées les unes des autres de plus de deux milles. Au même moment, beaucoup de femmes furent atteintes dans différentes parties de Philadelphie, ainsi que dans l'État de Pensylvanie; encore autant que j'ai pu le savoir, aucun autre médecin n'observa un aussi grand nombre de fièvres puerpérales. J'ai visité en consultation avec lui quelques-uns des cas les plus graves, j'ai touché les malades, j'avais donc, aussi bien que lui, imprégné mes vêtements des émanations de leurs corps, et cependant je n'ai porté la maladie à aucune des femmes que je soignais. Comment se fait-il que lui seul eût cette particularité fâcheuse? Ce médecin est un gentleman scrupuleu-

(1) Meigs, *Obstetrics*, 2e édition, p. 631.

sement soigneux de sa personne, possédant une très-grande expérience et parfaitement au courant des opinions modernes sur la contagion de la fièvre puerpérale. Cependant, ceux d'entre vous qui sont contagionistes diront qu'il a porté le poison de maison en maison.

« Vous devriez alors donner quelques raisons d'être de ce fait? A-t-il porté la maladie dans ses mains? Mais les mains d'un gentleman sont propres, portait-il sur lui quelque maléfice? Pourquoi n'en était-il pas de même de moi? Si l'influence était attachée à ses vêtements, il aurait pu en être autant des miens. Que direz-vous, jeunes gens, de l'expérience de mon ami le docteur Rutter, autrefois à Philadelphie, actuellement à Chicago, et qui a traversé des moments terribles ici pendant une épidémie de fièvre puerpérale, il y a quelques années, alors qu'il avait une clientèle d'accouchement très-étendue à la ville et à la campagne?

« Pendant cette époque désastreuse, j'ai vu plusieurs cas malheureux avec lui en consultation; et quoiqu'il parût suivi pas à pas par la maladie, à en juger par les coups qu'elle portait au milieu de ses clientes, je ne fus pas poursuivi par elle.

« Je ne pris aucune précaution, à l'exception de celles que prend tout homme qui se respecte, et cependant jamais je n'ai porté la maladie de ses clientes aux femmes que je soignais. Ce médecin fut accusé d'être un agent de contagion. Comment pouvait-il transporter la cause? Quelle était la cause? Était-ce un peu d'ozone attachée à ses vêtements? Était-ce un miasme fixé dans ses cheveux ou dans les fibres de laine ou de coton de ses habits? Était-ce une exhalaison de sa peau ou de ses poumons comparable à l'haleine de feu de Cacus? Et pouvez-vous dire de lui comme Virgile :

> Faucibus ingentem fumum, mirabile dictu
> Evomit (1).

« Voyons, un pareil poison n'est-il pas plus tenace que la glu, quand on voit que Rutter, épuisé de fatigue, désespéré de l'insuccès de ses soins, a quitté la ville pour réparer ses forces et pour éviter de pareils désastres, et que, malgré cette quarantaine, il n'a pu se délivrer de ce nuage empoisonné !

« On aurait pu espérer le voir chassé par le vent, le voir s'évanouir après un voyage de soixante-dix milles et une absence de dix jours, mais il est arrivé qu'après cette villégiature de dix jours, à une distance de trente-cinq milles de la cité, que cette glu, que ce nuage l'enveloppait encore, comme dirait notre contagioniste.

« Bien plus, il ne put s'en débarrasser par les lavages les plus minutieux, car, en revenant en ville et avant de reprendre sa pratique, il se fit raser

(1) Virgile, *Æneid.*, lib. VIII.

la tête, prit un grand bain chaud, et se procura une nouvelle perruque, de nouveaux vêtements, un nouveau chapeau, de nouveaux gants et des bottes neuves. Il ne toucha à rien de ce qu'il avait porté, il prit la précaution de laisser chez lui son crayon et sa montre.

« Eh bien, que croyez-vous qu'il arriva? Il assista une dame qui eut un accouchement favorable, et cependant le lendemain elle fut prise de fièvre puerpérale et mourut malgré tous ses efforts et les miens: il m'avait appelé en consultation, après avoir été lui-même dans la chambre de la malade. Je sais que cette dame est morte de péritonite, je suis allé souvent auprès d'elle pendant sa maladie, et pourtant, elle n'a empoisonné ni moi ni mes vêtements; j'ai continué ma clientèle, et je n'ai infecté personne.

« Le docteur Rutter a répété cette expérience de *désinfection personnelle*, deux ans après et avec le même insuccès.

« On parlait beaucoup et de la façon la plus désespérante de ce médecin à cause des accidents survenus dans sa pratique, ce que je trouve profondément injuste, surtout si l'on considère le succès de son traitement; car pendant l'épidémie, sur soixante-dix malades, il n'en perdit que dix-huit, et certes, je ne connais pas un seul homme qui puisse se vanter d'un pareil triomphe (1). »

Pénétrons maintenant plus profondément le sujet. Le fait grossier qui paraît établi par les observations précédentes est que la fièvre puerpérale domine principalement dans la clientèle de certains médecins ou paraît être limitée à leur pratique; il s'élève alors cette question : à quoi cela peut-il tenir? La question n'est pas de savoir si la contagion est le seul ou le principal moyen de propagation de la maladie, car il est admis partout qu'elle sévit épidémiquement. La question n'est pas non plus de savoir si, sous l'influence de conditions favorables, la contagion n'est pas transmise à la malade par l'accoucheur, car nous avons rapporté des faits qui, à cet égard, rendent le doute impossible; nous devons donc éliminer des exemples précédents le cas du médecin qui a écrit à Holmes, parce que, ayant fait des autopsies, son fait peut être rapporté à la section 3. Dans la plupart des cas, il n'est pas dit si les médecins ont fait des autopsies; s'il en était ainsi, nous ne pourrions nier qu'ils aient transporté l'infection.

Encore un coup, si, comme le remarque le docteur Rigby :

« Les sécrétions provenant d'une malade atteinte de fièvre puerpérale sont éminemment contagieuses. »

Il est au moins possible que les faits de la sage-femme, mentionnés par Robertson, puissent être ainsi expliqués, en tant que toutefois ses fonctions auprès des malades ont nécessité un contact plus ou moins immédiat avec ses sécrétions.

Tout en exceptant cette classe de causes, il nous reste encore assez de

(1) Rutter, *On child-bed fever*, p. 102. — Voyez *De la fièvre puerpérale*, communications à l'Académie de médecine. Paris, 1858.

faits qui nous montrent que la fièvre suit quelquefois les pas d'un accoucheur, et la véritable question qui se présente devant nous est de savoir si cela tient à l'infection transportée par lui d'une malade à une autre, en dépit des précautions ordinaires, ou même dans certains cas, malgré les précautions exceptionnelles, telles que bains, changements d'air, d'habits, etc., ou bien, faut-il n'accuser que l'influence épidémique avec tous les caprices qu'on observe dans certaines autres épidémies.

La démonstration me paraît difficile, on trouve de chaque côté des difficultés, et peut-être serait-il sage de peser séparément ces difficultés.

Contre l'explication qui attribue tout, suivant le docteur Meigs, à l'influence épidémique s'élève le fait de la prédominance, dans la pratique de certains médecins, de cette maladie qui, quelquefois même, s'y trouve limitée.

Qu'un homme voie dans une épidémie plus de cas qu'un autre, c'est une chose ordinaire ; mais qu'un seul observe tous les cas pendant que les autres n'en voient pas, le fait paraît assez frappant. La preuve de ce dernier fait est-elle suffisamment concluante et assez générale ? Gooch ne nous dit pas si la maladie était épidémique ou non, pas plus que West.

Le médecin qui a écrit à Holmes dit bien qu'il ne fut observé aucun autre cas dans le voisinage, mais nous avons rejeté cet exemple au nombre de ceux de contagion possible après des autopsies. Dans le Sunderland, il y eut au moins treize cas qui survinrent dans la pratique des autres, outre celles du chirurgien et de ses assistants. Les deux exemples rapportés par Meigs se sont produits pendant des épidémies. Nous devons donc avouer que les preuves que nous avons pour montrer l'insuffisance de l'influence épidémique, comme explication, et la nécessité de trouver quelque autre cause, qui nous donne la raison de la prédominance de la maladie dans une direction spéciale, sont loin d'être positives.

L'explication qui attribue cette particularité à la contagion a le mérite d'être simple et probante en apparence, mais les difficultés de l'examen sont peut-être plus nombreuses et tout aussi grandes. Admettons, pour un moment, que la maladie ne puisse être communiquée que pendant le travail ; mais rappelons à nos lecteurs ce qui se passe pendant une visite ordinaire à une malade atteinte de fièvre puerpérale, c'est-à-dire pendant le temps où l'infection est communiquée.

La visite dure, en général, de cinq à dix minutes, le médecin se tient près du lit, tâte le pouls, examine le ventre, jamais il n'est en contact avec les matières sécrétées ; après avoir fait ses investigations, il se lave les mains avec soin, et alors il fait d'autres visites, après avoir pris l'air jusqu'au soir, ou jusqu'au moment où il est appelé auprès d'une femme en travail. S'il s'écoule un certain nombre d'heures, il doit s'être lavé les mains un certain nombre de fois. Et cependant, malgré tout cela, nous devons supposer qu'il transporte la matière morbifique sur ses mains ou dans ses vêtements, en quantité suffisante pour empoisonner la femme qu'il accouche, et encore

le fait se produit même lorsque le médecin a changé les vêtements, même lorsqu'il s'est servi de chlorure de chaux ou de potasse. [M. Tarnier, dans sa remarquable thèse, cite deux faits appartenant à M. Depaul, où le médecin appelé auprès d'une femme en couches en sortant de l'amphithéâtre d'autopsie, malgré toutes les précautions qu'il prit, parut être l'agent de transmission de la fièvre puerpérale qui, dans les deux cas, enleva très-rapidement la nouvelle accouchée. M. Tarnier, d'accord avec M. Churchill, est d'avis que tout accoucheur doit éviter d'assister une femme en travail lorsqu'il a fait lui-même une autopsie. Il se trouve alors, dit-il, « dans les meilleures conditions pour transporter le virus contagieux ; mais il croit que c'est dépasser la vérité que d'accuser les médecins ou les accoucheurs qui soignent une femme malade de servir de moyen de transport au germe de la maladie (1). »]

Si la matière morbifique est transportée sur les mains, nous supposons, et telle paraît être l'opinion générale, que l'infection est communiquée pendant le travail ; mais si elle est transportée sur la personne même, ou dans les vêtements, l'effet se produira consécutivement et de là une autre difficulté.

Pendant la visite, le médecin consultant est tout aussi près de la malade, il l'examine, la manie tout autant que son médecin ordinaire et on doit le supposer au moins, il prend les mêmes précautions que lui.

Nous apprenons cependant que, dans aucun cas, il n'a porté la fièvre puerpérale à ses clientes, comme nous le dit le docteur Meigs pour sa propre pratique.

Dans toute maladie contagieuse, l'intensité de la contagion apportée par une personne bien portante (comme dans la scarlatine, par exemple), doit être en raison directe du temps écoulé entre la visite faite au malade et celle faite à la personne contagionnée, en d'autres termes les chances de contagion diminuent avec le temps écoulé. Par exemple, un accoucheur fait une visite à une malade atteinte de fièvre puerpérale et acquiert, nous le supposons, des propriétés contagieuses ; si cette règle est vraie, la première patiente qui le verra sera plus exposée que la seconde, et la seconde que la troisième. Comment alors expliquer que, dans certains cas, on n'ait pas observé une certaine régularité dans l'ordre des malades atteintes, comme il est constaté dans les observations de Meigs. Bien plus, dans deux des cas les plus frappants que nous avons cités, ceux de Gooch et de Rutter, il y a une circonstance qui n'est pas explicable par la doctrine de la contagion, telle que nous l'entendons ; dans un cas, il s'était écoulé un mois, dans l'autre, dix jours, pendant lesquels ces médecins s'étaient complétement éloignés de leur clientèle, le dernier même avait complétement renouvelé ses vêtements, et cependant la première femme à laquelle chacun d'eux fut appelé à donner des soins fut atteinte de fièvre

(1) [Tarnier, thèse inaug., 1857].

puerpérale. Devons-nous attribuer cette circonstance à une influence contagieuse, ou sinon, ne devons-nous pas la rattacher à quelque autre influence qui avait agi primitivement?

Ainsi, la croyance dans la contagion de la fièvre puerpérale dans les circonstances ordinaires et à l'exclusion des cas cités dans les sections 1, 2 et 3, doit se fonder sur cette conclusion que : 1° de toutes les maladies contagieuses, la fièvre puerpérale l'est de la façon la plus virulente, en admettant qu'elle puisse être transportée par une autre personne bien portante, soumise pendant quelques moments à son influence, à une tierce personne, jusque-là à l'abri de tout accident. La contagion se serait opérée malgré que les mains (c'est-à-dire la seule partie en contact avec la personne malade) aient été soigneusement lavées, les vêtements changés et la personne entière exposée à l'air même pendant des heures; 2° que ces propriétés contagieuses se limitent aux médecins ordinaires et n'affectent en rien le médecin consultant.

Admettant que nous ne puissions expliquer la limitation de la maladie dans un cercle restreint par l'influence épidémique seulement, je demande au lecteur si les difficultés qui accompagnent l'explication par la contagion ne sont pas encore plus insurmontables ?

Enfin, pendant que, d'un côté, l'évidence me force à admettre que la fièvre puerpérale peut être transportée, communiquée ou développée par ceux qui s'occupent d'accouchements, après qu'ils ont fait des dissections ou avec leurs sécrétions (surtout s'ils n'ont pas pris toutes les précautions nécessaires); il m'est impossible, d'autre part, de croire à la transmission par contagion de la maladie, lorsque des conditions analogues n'ont pas existé.

Maintenant quelles doivent être les précautions à prendre par les gens de la profession médicale?

Nous avons vu que, suivant certaines probabilités, la contagion est portée (si toutefois on l'admet) par les mains ou les habits du médecin, soit du lit d'une malade, soit de la table de l'amphithéâtre d'autopsie. Je propose donc les moyens suivants : 1° si le médecin soigne quelque malade atteinte de fièvre puerpérale, il confiera pendant ce temps ses accouchements à un remplaçant... Si ce moyen est pour lui impraticable; 2° avant d'assister une nouvelle femme en couches, il changera ses vêtement complétement, il se lavera les mains avec une solution de chlorure de chaux d'abord, puis avec de l'eau et du savon; 3° le docteur Semelweis conseille au médecin de se couper les ongles complétement; 4° après chaque visite chez une femme atteinte de fièvre puerpérale ou de toute autre maladie infectieuse, il se lavera les mains avec de l'eau et du savon très-soigneusement; ses vêtements seront changés entièrement et soumis à une aération complète ; 5° si un médecin soigne des femmes en couches et que l'une d'elles soit frappée de fièvre puerpérale, sa visite journalière sera faite d'abord à toutes celles qui sont indemnes, et il ter-

minera par la malade, si les distances le lui permettent; 6° il sera toujours sage de charger un aide de faire les autopsies, si le médecin y assiste, il ne portera pas le même vêtement, s'il doit faire quelque accouchement, jusqu'à ce qu'il soit bien aéré. Si l'autopsie est faite par lui-même, il prendra des précautions exceptionnelles, il fera des ablutions répétées avec le chlorure de chaux, etc., il changera complétement de vêtements; ou mieux encore, suivant le conseil de Copland, il s'abstiendra de faire des accouchements pendant plusieurs jours; 7° ces remarques sont applicables à toutes les autopsies, quelle que soit la maladie à laquelle ait succombé le sujet, bien que les faits soient plus frappants et plus significatifs, quand il s'est agi de femmes ayant succombé à la fièvre puerpérale, à l'érysipèle ou à des inflammations diffuses, etc.

§ V. — Anatomie pathologique.

[[Les auteurs anciens considéraient la péritonite comme la lésion la plus ordinaire de la fièvre puerpérale, mais depuis qu'on a étudié avec plus de soin les lésions anatomiques de la maladie, on s'est aperçu que le plus souvent les lymphatiques et les veines étaient en même temps latérés, et contenaient du pus; aujourd'hui même, il paraît probable que la lymphangite accompagne presque toujours la péritonite dont elle semble même le point de départ.

Outre ces lésions inhérentes à l'appareil utérin et que nous regardons comme primitives, on en rencontre d'autres plus éloignées qui doivent être considérées comme consécutives à l'introduction de l'agent septique dans la circulation, nous voulons parler de l'altération du sang et des abcès métastatiques.

Nous étudierons donc successivement : 1° les lésions de l'utérus, des vessies, des lymphatiques, du péritone, des ovaires des trompes; 2° les altérations du sang et les abcès métastatiques.

Utérus. — L'utérus est toujours plus ou moins altéré, il conserve un volume considérable et le retrait qu'il a subi n'est nullement en rapport avec le temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement. Il n'est pas rare de le voir conserver 15 et même 18 centimètres de hauteur, et 4 à 6 centimètres d'épaisseur. Sa consistance est variable tantôt il est ferme et dense et présente sa coloration à peu près normale, tantôt il est mou et flasque, et se laisse plus facilement déchirer.

Cette persistance du volume de l'organe s'explique aisément par suite du défaut de l'involution rétrograde sous l'influence des altérations qu'il subit.

La surface interne de l'utérus est recouverte soit d'une bouillie rougeâtre visqueuse, qui disparaît cependant sous un filet d'eau; soit d'un mucus épais et purulent; mais, dans les deux cas, il existe une fétidité plus ou moins marquée.

Il n'est pas rare non plus d'y rencontrer des lambeaux à aspect pseudo-membraneux et même gangrenés, alors le liquide contenu dans l'utérus est d'une fétidité extrême et assez analogue suivant la remarque de M. Tarnier (1) à l'eau des ruisseaux fangeux.

Si l'on presse entre les doigts le tissu utérin, on voit presque toujours sourdre à la surface de la matrice quelques gouttelettes de pus. Cette particularité s'observe principalement au niveau de l'insertion placentaire.

Ces lésions de la cavité utérine qui s'observent dans tous les cas de fièvre puerpérale avec une intensité plus ou moins grande, sont pour nous de la plus grande importance, en ce qu'elles expliquent l'origine des diverses inflammations que nous allons bientôt passer en revue, et aussi des troubles généraux si graves qui constituent la fièvre puerpérale. Ces lésions que nous regardons comme constantes ont cependant été révoquées en doute dans un certain nombre de cas par les auteurs qui admettent l'essentialité de la maladie.

Veines. — Les sinus utérins et les veines utérines sont très-souvent enflammées et renferment du pus. Cette suppuration des sinus s'observe très-facilement si l'on pratique des coups minces du tissu utérin. On voit alors une petite cavité remplie de liquide purulent qui au premier abord simule assez bien un petit abcès, mais qui peut en être distinguée si l'on incise le sinus dans une certaine étendue; à côté de ces sinus suppurés on en rencontre habituellement d'autres renfermant de simples caillots fibrineux, peu adhérents. Dans ce second cas, les parois veineuses sont peu altérées, tandis que, lorsque la suppuration a eu lieu, on trouve la surface interne des veines injectée, inégale et comme tomenteuse.

Les veines suppurées se rencontrent plus spécialement le long des côtés de l'utérus. Le col de l'utérus présente souvent, suivant les remarques de Béhier, des sinus contenant du pus. C'est là qu'il faut chercher avec soin le pus lorsqu'on n'en rencontre pas dans le reste de l'organe, et c'est probablement faute d'avoir cherché en ce point avec une attention suffisante qu'un certain nombre d'autopsies n'a révélé aucune lésion.

Lymphatiques. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de la lymphangite, Béhier considère la phlébite comme beaucoup plus fréquente. Cazeaux et Cruveilhier pensent le contraire. M. Lucas-Championnière, qui soutient cette dernière opinion, pense que, si l'on a admis la fréquence aussi grande de la phlébite, c'est que le plus souvent on a pris pour des veines, des lymphatiques enflammés, et ce qui lui fait supposer que Béhier a fait réellement cette confusion, c'est que le savant professeur « recherche les veines purulentes précisément dans les points où les lymphatiques prédominent, aux angles utérins, sur les côtés du col, à l'union du corps avec le col (2). »

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*, 1858, p. 20.

(2) Lucas Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*, thèse Paris, 1870, p. 57.

Les lymphatiques utérins qui ont été parfaitement étudiés par M. Lucas-Championnière, naissent de la muqueuse et du tissu musculaire, et forment deux groupes distincts, le premier est constitué par les lymphatiques qui émergent du corps de l'organe, le second par ceux qui proviennent du col. Ces deux ordres de vaisseaux se dirigent vers les parties latérales du corps et du col utérin, dans l'épaisseur des ligaments larges et de là se rendent soit aux ganglions iliaques et lombaires, soit aux ganglions hypogastriques et sacrés. Ces vaisseaux se réunissent pour former de gros troncs placés sur les parties latérales de l'utérus et sont placés immédiatement au-dessous du péritoine.

Les vaisseaux du col sont surtout nombreux à l'union du corps avec le col, ils émergent du col vers les parties latérales et rencontrent immédiatement de petits ganglions qui ne sont pas constants, puis ils se portent dans le tissu cellulaire latéral, et les plus volumineux gagnent la face postérieure sous-péritonéale du ligament large, les vaisseaux du col forment un plexus plus ou moins volumineux au-dessus et en arrière du cul-de-sac vaginal latéral.

Les vaisseaux du corps ont une disposition moins régulière, ils sont surtout nombreux au niveau de l'insertion placentaire et se déplacent en même temps que cette insertion. Les vaisseaux du corps se dirigent vers la surface externe et de là vers les angles de l'utérus. Ils sont dans ce trajet sous-péritonéaux ou séparés du péritoine par une mince couche de tissu musculaire. Arrivés aux angles, ils deviennent pour la plupart superficiels et vont se perdre dans le ligament large, en arrière et au-dessous de la trompe, entre la trompe et le ligament rond, mais surtout au-dessous de l'ovaire et de la trompe. Outre ce plan de lymphatiques superficiels, il en existe un profond, qu'on ne voit bien qu'en coupant perpendiculairement l'angle utérin (Lucas-Championnière).

Lorsque les lymphatiques superficiels du corps de l'utérus contiennent du pus, il est facile de les distinguer à travers le péritoine. Ils sont alors jaunâtres et présentent des bosselures, ils rayonnent du centre vers les bords de l'utérus.

Lorsque ces vaisseaux sont intacts, il faut chercher les lymphatiques profonds des angles et ceux du col. Pour découvrir les premiers il suffit, dit Lucas-Championnière, «de saisir l'angle de l'utérus, et un peu en dehors de l'insertion de la trompe, de couper couche par couche et verticalement les tissus, » et l'on voit alors de grands vaisseaux laissant sourdre un pus épais et crémeux.

Pour examiner les lymphatiques du col, Lucas Championnière recommande de faire une coupe suivant l'axe du col, pour voir sourdre le pus d'orifices vasculaires à l'union du col et du corps.

On devra encore examiner les parties latérales du col, au-dessus du cul-de-sac vaginal, où il n'est pas rare de trouver un plexus lymphatique suppuré ou des ganglions enflammés et même suppurés.

Lorsque les lymphatiques purulents sont situés dans l'épaisseur du tissu cellulaire, on voit ordinairement ce tissu injecté, infiltré et même souvent présentant des traces de suppuration. Le péritoine qui recouvre les lymphatiques superficiels suppurés est en général enflammé à ce niveau. « La portion de péritoine qui recouvre le lymphatique purulent, dit Lucas Championnière, semble avoir été le siége d'une inflammation particulièrement vive, si bien que sa surface est recouverte d'une fausse membrane plus ou moins épaisse, qu'on ne retrouve pas ailleurs. Cette disposition est si constante et si manifeste, que quand je suis en quête de lymphatiques purulents sur un utérus, je cherche à sa surface, en allant du centre vers les angles, les points où je rencontre des fausses membranes; je gratte celles-ci légèrement avec le tranchant d'un scalpel, et, au-dessous, je rencontre souvent un lymphatique purulent faisant quelque saillie, ou bien une simple traînée jaunâtre qui indique un vaisseau. »

Les vaisseaux lymphatiques doivent être distingués avec soin des veines. Ils se reconnaissent à la minceur de leurs parois, et à leur aspect moniliforme. De plus, si l'on incise le vaisseau dans une certaine étendue, on y rencontre des *valvules*.

Les lymphatiques suppurés peuvent encore simuler un abcès utérin, et Lucas Championnière, qui ne rejette pas absolument la possibilité d'abcès du muscle utérin, pense avec Bernutz et Duplay que les descriptions d'abcès utérins peuvent être rapportées à des collections vasculaires purulentes.

Péritoine. — Ovaires. — Trompes. — La péritonite se rencontre dans la majorité des cas de fièvre puerpérale. Elle est regardée par MM. Lucas Championnière et D'Espine, comme une conséquence de la lymphangite. Comme preuve de cette assertion, on peut invoquer que la péritonite est toujours plus intense au niveau des points où existent des lymphatiques suppurés.

Les lésions du péritoine présentent des degrés assez variables; quelquefois, mais rarement cependant, la séreuse péritonéale présente de simples arborisations rouges et contient un peu de sérosité louche; plus souvent, le liquide épanché est franchement purulent et contient des flocons purulents nageant dans ce liquide ; souvent ces flocons, de consistance crémeuse, sont adhérents dans certains points et même enveloppent complétement l'utérus et les organes contenus dans le petit bassin. C'est dans ce point qu'ils présentent le plus de consistance, ce qui semble indiquer que l'inflammation est plus vive dans le voisinage de la matrice. Les lésions de la péritonite puerpérale ne diffèrent pas sensiblement de celles de la péritonite qui survient en dehors de l'accouchement, et les différences que l'on a pu noter tiennent à ce que l'inflammation, ayant été violente et rapide, les produits de la suppuration sont seulement moins organisés que dans les péritonites simples à marche moins aiguë. L'inflammation est toujours plus ou moins généralisée et s'accompagne le plus ordinairement de l'inflammation du

tissu cellulaire sous-péritonéal qui avoisine l'utérus et qui entre dans la composition des ligaments larges.

Les annexes de l'utérus présentent aussi des lésions qu'il est important de connaître. Les ovaires sont volumineux, rouges, injectés et ordinairement ramollis. Il n'est pas rare d'y découvrir de petits abcès ou même une infiltration purulente de toute la glande.

La trompe est en général volumineuse, injectée, la muqueuse est rouge, boursoufflée, et la cavité de l'organe renferme du pus. Béhier et Lucas-Championnière ont fait remarquer que la lésion était toujours plus marquée du côté du pavillon que du côté de l'utérus, ce qui éloigne l'idée du passage des liquides utérins dans le péritoine.

Les trompes et les ovaires ne présentent pas toujours une altération égale des deux côtés, et il n'est pas rare d'observer une prédominance marquée de l'altération d'un côté ou de l'autre.

Après avoir ainsi étudié plus spécialement les lésions locales qui dépendent de l'inflammation, nous passerons en revue celles qui résultent de l'introduction dans l'organisme de la matière septique. Ces lésions sont de deux ordres : l'altération du sang et les abcès métastatiques.

1° *Altération du sang.* — Dans toutes les autopsies de fièvre puerpérale, le sang est plus ou moins altéré. Moore (1) rapporte qu'il a trouvé un précipité noir dans le sang d'une femme atteinte de la maladie, et M. Churchill qu'on rencontre souvent un dépôt analogue dans le typhus et dans la période ultime de l'érysipèle et de la phlébite infectieuse. Un autre caractère commun au sang dans cette affection et dans d'autres, offrant le caractère malin et typhoïde, c'est l'odeur fétide spéciale que dégagent quelquefois les malades.]]

Dans l'épidémie observée à Paris en 1845 et qui présenta les symptômes du typhus, Bidault et Arnoult rapportent que le sang était foncé, demi-coagulé, comme dans le typhus (2). Dans l'épidémie qui éclata à Gratz, la même année, Schoeller (3) dit que le sang était très-fluide et exhalait une odeur de chauve-souris, sous les autres rapports, il ressemblait au sang des individus empoisonnés par l'acide cyanhydrique. Scanzoni (4) a soutenu que les causes de la fièvre puerpérale viennent d'une altération du sang, consistant dans son mélange avec du pus. Dans un cas de péritonite puerpérale, le soir du second jour, le docteur Simon a trouvé le sang formant un caillot assez ferme et recouvert d'une couche de couenne épaisse d'un pouce et demi.

L'analyse chimique a donné les mêmes résultats que ceux obtenus par Andral et Gavarret. Dans des cas de métro-péritonites, relatés par Day,

(1) Moore, *Puerperal fever*, p. 183.
(2) Bidault et Arnoult, *Gazette médicale*, août 1845, n° 31, p. 481.
(3) Schoeller, *Med. Jahrbuch der k. k. oest. staats*, octobre 1845.
(4) Scanzoni, *Prager Vierteljahrschrift*, 1847.

d'après les analyses de Scherer, Haller, de Robin et Verdeil (1), Becquerel et Rodier (2), le sang offrait une augmentation dans la proportion de fibrine, et une grande diminution dans celle des globules sanguins. Day dit qu'il ne connaît aucune analyse du sang dans la forme maligne de la fièvre puerpérale, si ce n'est celle qui est donnée par Haller, qui constate que le sang est d'une couleur brune très-foncée. Le caillot était foncé, d'une consistance très-molle, et recouverte d'une couenne sur laquelle était une membrane qui présentait sous le microscope une apparence granuleuse ferme, et des corpuscules graisseux. Le sérum était trouble, mais, après un certain temps de repos, il devenait transparent : sa réaction était alcaline et sa pesanteur spécifique était de 1023. La proportion de la fibrine était de 5,16, celles des globules sanguins 77,52. Suivant Becquerel et Rodier, la quantité de la cholestérine et des phosphates était augmentée.

[[Le sang extrait de la veine présente, selon M. Tarnier, une couenne flasque, molle, verdâtre, et se décompose rapidement à l'air libre. M. Depaul décrit l'altération du sang de la façon suivante : « Il offre à peu près constamment une couleur rouge violacé, qui a été comparée à celle de la gelée de groseilles mal cuites. Il semble imprégner plus facilement les tissus et leur communique sa couleur spéciale. Enfin, on note souvent un aspect huileux vraiment remarquable et son peu d'aptitude à la coagulation (3). »

Abcès métastatiques et suppurations diverses. — L'introduction dans la circulation de la matière septique ou du pus provenant de la suppuration des veines utérines, donne lieu à des suppurations dans des points différents de l'organisme. Les lésions que l'on rencontre ainsi sont les abcès métastatiques et aussi des suppurations dans certaines articulations ou du côté de la plèvre. Les abcès métastatiques reconnaissent pour cause la thrombose veineuse et l'embolie. Ces abcès siégent le plus souvent dans le poumon; il n'est cependant pas rare de les rencontrer dans les autres organes ou même du côté des membres. Mais, à côté de ces abcès, dont l'origine embolique est parfaitement évidente, on rencontre parfois des inflammations diffuses soit dans la cavité de la plèvre, soit même dans l'épaisseur des membres, dont le mode de production est assez obscur. Depuis que Recklinghausen a démontré la communication des cavités séreuses avec les lymphatiques, on peut se demander si la matière septique, traversant les vaisseaux lymphatiques, ne peut pas arriver au contact des cavités séreuses et y déterminer une vive inflammation. Quoi qu'il en soit du mode de production des épanchements purulents dans les plèvres ou dans les articulations ou dans l'épaisseur des membres, l'existence de ces suppurations n'en est pas moins constante et mérite d'être connue.

(1) Robin et Verdeil, *Traité de chimie anatomique*. Paris, 1853, t. III, p. 206.
(2) Becquerel et Rodier, *Traité de chimie pathologique*. Paris, 1853.
(3) Depaul, *Communication à l'Académie de médecine*. 2 mars 1858.

La quantité de liquide épanché dans les plèvres est variable, ordinairement elle est peu abondante, et les plèvres présentent quelques plaques purulentes peu considérables. Le liquide épanché est aussi plus ou moins purulent. Assez souvent le péricarde présente des altérations semblables.

Lorsqu'une articulation a été envahie par la suppuration, on rencontre habituellement du pus dans sa cavité et aussi du pus infiltré en dehors de la synoviale. Les articulations qui sont le plus souvent atteintes sont le genou, l'épaule, le coude, le poignet.

Les suppurations diffuses, que l'on rencontre dans l'épaisseur des membres, sont en général mal circonscrites et le pus, au lieu d'être réuni en foyer, est infiltré dans la trame du tissu qui est augmentée de volume et œdémateuse.

§ VI. — Symptômes.

L'étude des symptômes de la fièvre puerpérale devrait comprendre deux parties distinctes; d'un côté les symptômes fournis par les lésions inflammatoires, de l'autre les symptômes dus à la septicémie. L'étude séparée de ces deux ordres de symptômes qui se confondent d'une manière intime dans le cours de la maladie, est à peu près impossible, et nous pensons qu'il est préférable de tracer un tableau de l'ensemble de ces accidents plutôt que de signaler séparément les symptômes que l'on peut attribuer à l'inflammation locale et ceux qui relèvent plus spécialement de la septicémie.

Les accidents inflammatoires qui surviennent à la suite de l'accouchement du côté de l'appareil utérin sont nombreux (phlébite, lymphangite, péritonite) et se terminent d'une façon très-différente. Dans un premier groupe, les accidents inflammatoires, après avoir persisté pendant un certain temps avec une intensité variable, finissent par s'amender, soit que la résolution ou la suppuration avec évacuation du pus se soient produites, et la guérison survient.

Dans un second groupe, les accidents inflammatoires sont pour ainsi dire masqués par les phénomènes généraux qui se produisent, et la mort arrive le plus habituellement. C'est même ce peu d'éclat des symptômes locaux en face des symptômes généraux remarquables par leur intensité qui a fait considérer l'état général comme tenant sous sa dépendance l'état local. Ces différences s'expliquent en admettant que dans le premier groupe l'introduction de matières septiques dans l'économie n'a pas lieu, tandis que, dans le second, la pénétration s'est effectuée. C'est à ce second groupe que l'on doit donner le nom de fièvre puerpérale. C'est lui seul qui nous occupera ici.

Prodromes. — La maladie débute rarement sans prodromes, et la raison en est bien simple. La maladie n'étant point une maladie essentielle, il en résulte que nous devons nous attendre à rencontrer quelque lésion inflam-

matoire locale précédant le début des accidents, c'est d'ailleurs ce que l'observation clinique confirme. C'est Béhier (1) qui le premier a parfaitement mis en évidence cette période prodromique de la maladie. Le savant professeur établit tout d'abord que chez les femmes dont la convalescence marche régulièrement, on ne détermine aucune douleur par la palpation au niveau de l'utérus et des annexes, et que ces parties perceptibles sous le doigt donnent la sensation d'un corps mou. Puis il ajoute : « Chez d'autres femmes, au contraire, on trouve tantôt à droite, tantôt à gauche, et quelquefois des deux côtés, une corde plus ou moins volumineuse, dure, donnant la sensation d'un corps gonflé, par dessus lequel le doigt, qui explore de haut en bas, saute tout à coup, en quelque sorte. La pression de ce point ainsi tuméfié détermine toujours une douleur variable et d'ordinaire en rapport avec le volume, qui peut être assez considérable pour donner la sensation que produirait le doigt annulaire d'un adulte, apprécié à travers les parois abdominales. Ce gonflement douloureux est d'ordinaire plus marqué au point d'insertion des annexes, vers l'angle de l'utérus, mais il peut se continuer jusqu'au niveau de la fosse iliaque, et même exister sur un point du trajet de l'annexe explorée, sans que rien de semblable se trouve au niveau de son insertion sur le corps de l'utérus. Ce dernier fait est cependant plus rare. Ce signe se rencontre chez des femmes qui n'accusent aucune espèce de douleur spontanée et n'ont pas la moindre apparence de fièvre (60 pulsations). Au moment où le doigt explorateur arrive sur le point tuméfié, la femme manifeste par un mouvement brusque la douleur qu'elle éprouve, et souvent elle l'accuse en disant : *Ah là, vous me faites mal !* Il n'est pas d'ailleurs besoin d'une forte pression pour constater ce signe ; on doit même s'interdire toute violence dans cette exploration, qui porte sur des organes faciles à irriter. »

MM. Tarnier (2) et Hervieux (3) n'attribuent pas la même valeur à ce gonflement douloureux signalé par Béhier.

Début. — Le début de la maladie varie assez notablement. L'invasion peut avoir lieu peu d'heures après la délivrance, ordinairement elle survient dans les trois jours qui suivent l'accouchement, rarement la maladie commence du cinquième au huitième jour.

Le tableau suivant publié par M. Tarnier indique l'époque de l'invasion des accidents (4).

Immédiatement ou peu après l'accouchement..	21 fois.
Un jour après l'accouchement.....	27 —
Deux jours après.....	20 —
Trois jours après.....	11 —
Quatre jours après.....	4 —

(1) Béhier, *Union médicale*, 1858.
(2) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858, p. 33.
(3) Hervieux, *De la péritonite générale d'emblée ou généralisée* (*Gaz. des hôp.*, 1868).
(4) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*, 1858.

Cinq jours après	1 —
Six jours après	0 —
Sept jours après	0 —
Huit jours après	3 —
Après le huitième jour	0 —

Sur 20 cas publiés par notre ancien collègue d'internat, M. Thierry (1), l'invasion a eu lieu :

Pendant l'accouchement.	2 fois.
Le premier jour	9 —
Le deuxième jour	4 —
Le troisième jour	3 —
Le quatrième jour	1 —
Le cinquième jour	1 —

M. Thierry nous rapporte que dans un relevé fait par M. Berrier-Fontaine (2), on voit, sur 247 malades, les accidents se montrer :

Du premier au troisième jour	185 fois.
Du quatrième au dixième	60 —
Du onzième au douzième	2 —

La gravité de la maladie paraît être en rapport avec l'apparition plus rapide des accidents. Mac-Clintock (1) dans une épidémie observée à Dublin en 1854 et 1855 a vu la mortalité être d'autant plus élevée que l'invasion était plus voisine de l'accouchement.

Sur 9	malades	pour le 1er	jour	8	meurent.
— 12	—	2e	—	6	—
— 10	—	3e	—	3	—

Le début des accidents est ordinairement marqué par un frisson violent et plus ou moins prolongé.

Frisson. — Le frisson survient en général très-près du début de la maladie, et il est le premier indice du passage de l'agent toxique dans le torrent circulatoire.

Le frisson peut ne durer que quelques minutes, mais le plus souvent il se prolonge pendant 15 minutes à une demi-heure, et même on le voit persister pendant une heure et plus encore.

Le frisson peut être unique ou se répéter à plusieurs reprises, M. Tarnier, qui admet qu'il est rare de le voir se reproduire une seconde fois, attribue une grande importance à cette remarque qui selon lui doit différencier la fièvre puerpérale de l'infection purulente et de l'infection putride

(1) Thierry, *Des maladies puerpérales observées à l'hôpital St-Louis en* 1867, thèse. Paris, 1868.

(2) Berrier-Fontaine, *Typhus puerpéral observé à la Maternité en* 1831, thèse. Paris, 1835.

dans lesquelles on voit le frisson se reproduire à des intervalles de temps variables.

M. Depaul partage la même opinion. Mais nous pensons qu'ils ont attaché une trop grande importance au frisson unique pour distinguer la fièvre puerpérale de l'infection putride ou purulente. Le frisson unique survient en général dans les cas graves, qui se terminent rapidement par la mort. Le frisson unique indique l'introduction dans l'économie d'une forte dose de matière toxique. Les frissons multiples se rencontrent en général dans les cas où la maladie marche plus lentement, et chaque fois qu'une nouvelle quantité de septine pénètre dans le torrent circulatoire. Dans le cas de frisson unique la malade a absorbé une dose de poison suffisante pour déterminer rapidement la mort, tandis que, dans les cas de frissons multiples, la terminaison fatale ne survient que par l'introduction successive et répétée de l'agent morbifique.

La malade éprouve pendant ce temps un malaise considérable, les dents claquent, la face est altérée, exprime l'anxiété ; quelquefois le claquement des dents fait défaut, et il existe un simple refroidissement avec horripilations. Il existe en même temps une soif vive et une accélération considérable du pouls qui peut battre 120 à 160 fois par minute.

Douleur. — La douleur abdominale se montre dès le début des accidents, elle est plus constante que le frisson. Cette douleur précède le frisson ou tout au moins l'accompagne. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur le début de l'apparition de la douleur. M. Tarnier admet qu'elle naît le plus souvent après lui; M. Béhier, au contraire, pense que la douleur précède presque toujours le frisson.

On conçoit que la douleur qui est le premier signe de l'inflammation se montre en effet avant le frisson. Mais elle peut cependant ne pas précéder le frisson, car nous avons admis que l'inflammation des lymphatiques et des veines peut être, comme le frisson, le résultat de l'introduction dans leur cavité de la septine élaborée à la surface de la cavité utérine.

La douleur d'abord limitée vers l'hypogastre s'irradie bientôt dans tout le ventre, lorsque l'inflammation se généralise et s'étend à toute la séreuse péritonéale; mais il n'est pas rare de voir cette douleur rester limitée à la région hypogastrique.

La douleur présente une intensité très-variable, chez quelques femmes elle est faible et ne se révèle que par la pression ; chez d'autres, elle est spontanée, et arrache des plaintes à la malade qui ne peut même supporter le poids de ses couvertures.

Sa durée est très-variable, d'abord très-aiguë, elle décroît, en général, au bout de 24 à 48 heures, et disparaît même presque complétement peu de temps avant la mort. Cette disparition rapide de la douleur est regardée comme un signe de mauvais augure, elle indique suivant Béhier

« non pas l'amendement des lésions abdominales, mais une dépression telle de l'économie que le système nerveux n'a plus la vitalité nécessaire pour répondre aux excitations par la perception de la douleur (1). »

Dans quelques cas, la douleur est à peine marquée, et le ventre ballonné tendu, n'est sensible que si l'on pratique une pression assez énergique.

Pouls. Température. — En même temps que le frisson, il survient une accélération du pouls et une élévation considérable de la température. Le pouls bat de 120 à 160 fois par minute. Il est petit, mou, facilement dépressible, et devient irrégulier et filiforme dans la période ultime de la maladie.

La température de la malade s'élève d'une façon très-notable, la peau présente une chaleur âcre, brûlante ; après les frissons, il n'est pas rare d'y rencontrer une certaine moiteur.

Tube digestif. — La soif est habituellement vive, l'appétit n'existe plus, la langue ordinairement blanche, collante, au début, devient ensuite un peu rouge vers la pointe et sur les bords, puis elle se sèche et se recouvre ainsi que les dents de mucosités épaisses et de fuliginosités.

Dans un certain nombre de cas, il existe des vomissements. Ils manqueraient, suivant M. Tarnier, dans un tiers des cas. Les matières rendues sont verdâtres, porracées. Les vomissements d'abord très-pénibles, deviennent ensuite plus faciles et sont assez souvent accompagnés d'un hoquet très-fatigant.

La diarrhée plus fréquente que les vomissements, coïncide souvent avec eux ou se produit du deuxième au cinquième jour de la maladie. Quelquefois cependant elle se produit dès le début des accidents. La diarrhée se répète assez fréquemment, et les selles sont très-souvent involontaires. D'autres fois, mais plus rarement cependant il existe de la constipation qui résiste à l'emploi des purgatifs, ou qui souvent est remplacée par de la diarrhée lorsque l'on a provoqué quelque garde-robe.

Ordinairement il survient de la tympanite due à la distension des intestins sous l'influence de l'inertie du système nerveux intestinal. « Il n'y a dans ces cas, dit Béhier, aucune douleur abdominale, même à la pression ; mais je me hâte de dire qu'il n'y aucun fond à faire, aucun pronostic favorable à porter sur cette absence de douleur, parce que ce signe manque, même alors qu'existe une complication péritonéale, qui devrait le déterminer (1). »

Voies respiratoires. — La respiration est ordinairement facile mais courte, d'autres fois la malade est essoufflée, et considérablement gênée. Il n'est pas rare alors de compter de 30 à 40, et jusqu'à 60 respirations par minute, même sans qu'il existe aucune complication du côté de l'appareil pulmonaire.

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 541, 1864.
(2) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 539, 1864.

Cette accélération des mouvements respiratoires rend la parole entrecoupée.

Cette accélération des mouvements respiratoires ne peut être expliquée que par l'altération du sang qui est devenu impropre à l'hématose, car le refoulement du diaphragme ne suffit pas pour expliquer la dyspnée, et l'auscultation de la poitrine ne révèle aucune altération locale.

Innervation. — L'intelligence reste ordinairement intacte jusqu'à la fin de la maladie, elle est cependant un peu diminuée, et les malades se faisant illusion sur leur état succombent sans avoir la conscience de la gravité de leur maladie.

Quelquefois cependant il se produit un délire loquace, sans manifestations violentes, qui survient principalement pendant la nuit. Pendant le jour, la malade est calme, bien que, de temps à autre, elle prononce quelques paroles incohérentes.

La céphalalgie est rare. Les malades subissent une dépression rapide, elles sont indifférentes à tout ce qui les entoure. La face est considérablement altérée. Elle prend ainsi que toute la peau une teinte pâle, jaunâtre, la peau prend l'aspect de la cire. La face ne prend pas l'aspect grippé de la péritonite ; elle a beaucoup plutôt, fait remarquer Béhier, l'apparence d'hébétude observée dans la fièvre typhoïde.

Après un certain temps et quelques heures seulement avant la mort, il survient du coma, et la malade meurt dans un état d'asphyxie très-manifeste.

Lochies. — La plupart des auteurs anciens ont regardé la suppression des lochies comme étant la cause des accidents ; aujourd'hui, au contraire, on s'accorde à regarder cette suppression comme un effet de la maladie. Les auteurs anciens avaient sans doute eu tort d'attacher une grande importance à cette suppression des lochies comme cause de la maladie, mais le fait même de la suppression des lochies n'en conserve pas moins une assez grande valeur, au point de vue clinique, en ce que cette suppression coïncide avec l'altération, de l'écoulement lochial, altération qui est rendue évidente par une odeur fétide et gangréneuse.

En même temps que l'on constate cette fétidité et cette diminution de l'écoulement lochial, il n'est pas rare de voir des lambeaux gangrénés être expulsés par la vulve, ou des plaques gangréneuses ou diphthéritiques se produire sur les points de la vulve qui ont été contus ou déchirés.

Sécrétion lactée. — La sécrétion lactée, qui survient ordinairement dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, et même assez souvent pendant la grossesse, s'établit difficilement ou même ne se produit pas du tout chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale ; si la maladie survient alors que la sécrétion lactée s'est déjà produite, les seins s'affaissent et le lait devenu plus aqueux cesse d'être sécrété.

Après avoir ainsi étudié les divers troubles qui surviennent dans la

fièvre puerpérale, quelle que soit la lésion qui en soit le point de départ, nous devons chercher à reconnaître quels sont les symptômes fournis plus spécialement par chacune des diverses lésions que nous avons passées en revue.

1° *Phlébite utérine.* — La multiplicité des frissons caractérise plus spécialement la phlébite, mais le frisson est cependant quelquefois unique. Suivant M. Hervieux (1), « frissons multiples, erratiques, irréguliers, sans périodicité appréciable de durée et d'intensité inégales, plutôt petits en général que véhéments, tels sont les caractères habituels du frisson de la phlébite utérine. »

Quant à la douleur, elle occupe la région hypogastrique et est surtout évidente vers les angles de l'utérus, et révélée principalement par la palpation qui perçoit, suivant la remarque très-judicieuse de M. Béhier (2), « une corde qui se dirige de la corne de l'utérus vers la partie antérieure des fosses iliaques. »

La douleur n'est point en général spontanée et n'est pas très-aiguë.

La phlébite utérine s'observe assez souvent indépendamment de la péritonite. La lymphangite purulente, au contraire, dit Cruveilhier (3), s'accompagne presque toujours de péritonite et de phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal. « D'une autre part, ajoute Cruveilhier, les abcès multiples du foie, des poumons qui s'observent dans la phlébite utérine, suppurée comme dans toutes les autres phlébites purulentes, sont étrangers à la purulence des vaisseaux lymphatiques, de telle sorte que lorsqu'on rencontre en même temps abcès multiples dans les viscères et lymphangite purulente, on peut être à peu prés certain qu'il y a complication de phlébite purulente.

Lymphangite. — La lymphangite est plus souvent encore que la phlébite le point de départ des accidents septicémiques. Cette manière de voir, qui est acceptée par Cazeaux, est rejetée par Béhier, qui pense que c'est la proportion inverse qui est vraie. M. Lucas Championnière (4) croit que si M. Béhier a rencontré si souvent la phlébite, c'est que probablement il a pris des lymphatiques pour des veines.

La lymphangite qui joue un rôle important dans le développement des accidents est difficile à distinguer de la phlébite. A ce sujet, nous citerons l'opinion de M. Hervieux qui admet très-nettement les difficultés de ce diagnostic. « Les symptômes locaux et généraux de l'angioleucite puerpérale, dit cet auteur, étant exactement les mêmes que ceux de la phlébite, du moins en ce qui concerne les vaisseaux de l'utérus et du bassin, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de différencier

(1) Hervieux, *Des maladies puerpérales, suites de couches*, 1870, p. 660.
(2) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, 1861, p. 527.
(3) Cruveilhier, *De la fièvre puerpérale. Communications à l'Académie.* 1858, p. 138.
(4) Lucas Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*, thèse. Paris, 1870, p. 57.

sur le vivant ces deux affections, se produisant dans les mêmes conditions, sous les mêmes influences, affectant les mêmes formes, les mêmes allures, et étant susceptibles des mêmes complications et des mêmes terminaisons, elles ont le même degré de gravité et réclament les mêmes moyens de traitement (1). »

Péritonite. — La péritonite est surtout caractérisée par des douleurs vives,souvent intolérables, qui s'étendent à tout l'abdomen ; quand la maladie est généralisée, elle s'accompagne aussi plus souvent de vomissements et de diarrhée. De plus, il survient ordinairement de la tympanite. Mais il ne faut pas oublier que la distension des intestins par des gaz peut encore s'observer en dehors de l'inflammation péritonéale. La tympanite est due alors à la paralysie de l'intestin, sous l'influence de la dépression générale de l'organisme.

Mais ce qui permet de distinguer la tympanite qui survient sous l'influence de la paralysie de l'intestin, de la tympanite liée à la péritonite, c'est que dans le second cas, une douleur vive siégeant dans tout l'abdomen a précédé le développement de cette tympanite.

Quant aux vomissements, ils ne sont pas non plus constants, et il n'est pas rare de rencontrer des femmes où ce symptôme manque complètement.

Métrite. — La métrite qui survient aussi quelquefois à la suite de l'accouchement et qui présente une marche et une gravité très-différentes de l'inflammation survenant dans l'état de vacuité de l'organisme, ne doit pas nous arrêter bien longtemps, car elle se termine habituellement par la guérison, à moins qu'elle ne soit compliquée de l'inflammation des veines ou des lymphatiques. La métrite donne lieu à une sensibilité considérable de l'organe que l'on constate par le toucher vaginal, en pressant sur le col et le corps de l'organe et par la palpation hypogastrique. En même temps la matrice conserve un volume exagéré, par suite de l'arrêt de l'évolution rétrograde.

Ovarite. — Inflammation de la trompe. — Nous ne ferons que mentionner l'inflammation de ces organes, qui ne peut être distinguée facilement à cause des inflammations concomitantes, phlébite, lymphangite, péritonite.

Quant aux phlegmons des ligaments larges, ou de la fosse iliaque, à la pelvi-péritonite, il n'y a pas lieu d'étudier ces maladies à propos de la fièvre puerpérale. Ces maladies sont des inflammations franches qui ne s'accompagnent point ordinairement des symptômes dus à l'introduction de la septine dans le torrent circulatoire.

§ VII. — Marche. — Durée. — Terminaisons.

La durée de la maladie est très-variable. Quelques cas se sont termi-

(1) Hervieux, *Des maladies puerpérales suites de couches*, 1870, p. 809.

nés fatalement le premier, le second ou le troisième jour après le début; d'autres du cinquième au dixième jour.

Denman fixe la terminaison de la maladie au onzième jour, en moyenne; Foster, du quatrième au sixième; Leake, du dixième au onzième; Hulme, du septième au huitième; Hamilton, du cinquième au sixième; Gordon, au huitième jour. Skey fixe la durée à une semaine, et Bang à six jours environ; Campbell établit que le plus grand nombre de ses malades sont mortes le cinquième jour (1); Collins (2) donne le résultat suivant de son expérience : sur 56 décès à l'hôpital, la mort est survenue aux époques suivantes, à dater du moment de l'invasion :

2	fois	dans les 24 heures.
1	—	après 27 heures.
1	—	après 36 heures.
9	—	le second jour.
15	—	le troisième.
13	—	le quatrième.
4	—	le cinquième.
5	—	le sixième.
3	—	le septième.
2	—	le huitième.
1	—	le onzième.

La marche de la maladie est assez différente, suivant le développement plus ou moins rapide des accidents. Dans une première forme de la maladie, qu'on pourrait appeler aiguë et qui est la plus commune, la mort survient généralement du deuxième au cinquième jour, quelquefois même plus rapidement, c'est alors que l'on observe des symptômes généraux marqués qui masquent les symptômes locaux. C'est dans ces cas très-rapides que l'on a noté l'absence de symptômes locaux, suffisants pour expliquer la terminaison fatale.

Dans une seconde forme, que l'on peut désigner sous le nom de subaiguë, les symptômes locaux sont assez marqués au début, et les phénomènes généraux se montrent moins violents dès les premiers jours de la maladie. Ces phénomènes généraux peuvent même s'amender et les symptômes locaux disparaître ; la guérison survient le plus souvent alors.

La disparition des accidents s'explique si l'on admet que la matière septique, qui au début a été l'origine des accidents, cesse de pénétrer dans la circulation. La première dose du poison introduite dans l'économie n'ayant pas été suffisante pour amener un dénouement fatal.

Dans une troisième forme, que l'on doit désigner sous le nom de forme lente ou chronique, les accidents généraux se produisent plus lentement, la malade s'affaiblit graduellement, et la mort survient après un temps plus ou moins long. Cette forme s'explique par l'introduction dans l'économie de petites doses du poison septicémique, mais se répétant un nom-

(1) Campbell, *Puerperal fever*, p. 50.
(2) Collins, *Pract. Treatise on midwifery*, p. 384.

bre de fois plus ou moins considérable. C'est la forme décrite par les auteurs sous le nom d'infection putride.

§ VIII. — Diagnostic.

Le diagnostic consiste à distinguer les inflammations des parties qui entrent dans la composition de l'appareil utérin, et qui sont exemptes de la complication septicémique de celles qui en sont accompagnées. On conçoit tout de suite l'importance de cette distinction, au point de vue du pronostic de la maladie. Dans le premier cas, en effet, la guérison survient presque toujours, tandis que, dans le second, la terminaison est presque toujours fatale.

Le frisson est d'une très-grande importance, au point de vue de ce diagnostic, car il indique presque certainement l'introduction du poison septicémique au sein de l'organisme. Cependant ce frisson n'a pas toujours une signification aussi grave; après l'accouchement, en effet, on voit très-souvent survenir un frisson que M. Tarnier (1) appelle *frisson physiologique*, et qui serait dû à l'ébranlement nerveux subi par la malade, et aussi au refroidissement qu'elle a subi quand elle a été découverte pendant un certain temps. « Il suffit alors, dit M. Tarnier, de réchauffer les nouvelles accouchées pour lever tous les doutes, le bien-être qu'elles éprouvent bientôt, écarte toute idée de maladie. »

Au moment où la fièvre de lait se manifeste, il survient aussi assez souvent un léger frisson, probablement dû à une inoculation passagère de la matière septique ; mais, à cette époque, la matière septique n'a pas acquis des propriétés toxiques suffisantes pour déterminer des accidents graves, et l'inoculation ne se reproduit pas. L'élévation de la température et le nombre de pulsations ne sont jamais très-considérables, ce qui permet de porter un pronostic favorable.

§ IX. — Pronostic.

Le pronostic est très-grave, la mort survient dans le plus grand nombre des cas. Le pronostic est d'autant plus sérieux que les accidents débutent moins longtemps après l'accouchement. Lorsque les frissons se répètent souvent, lorsque le nombre de pulsations atteint 140, et que la température est très-élevée, la mort survient dans presque tous les cas ; quand au contraire le pouls ne dépasse pas 120, quand l'état général n'est pas très-grave, on peut espérer voir la guérison survenir.

Quand la dyspnée est intense, quand la diarrhée est abondante et fétide, quand les selles sont involontaires, et quand la douleur locale primitivement intense vient à disparaître, on peut considérer la femme comme vouée à une mort certaine.

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858.

Leake a perdu 13 malades sur 19. W. Hunter, 31 sur 32. Clarke, 21 sur 28. Gordon, 28 sur 77. Campbell, 22 sur 79. Armstrong, 4 sur 44. Lee, 40 sur 100. Collins, 56 sur 88. Fergusson, 68 sur 205.

Dans l'épidémie de Paris (1746), dans celle d'Édimbourg (1673) et dans celle de Vienne (1795), pas une malade ne se rétablit. Hey dit que, pendant quelque temps après qu'on eut observé cette fatale maladie pour la première fois, la mort avait été la règle dans tous les cas qui étaient venus à sa connaissance. Et, bien que, dit-il, « quelques malades guérirent sous l'influence du traitement que son père et lui-même avaient institué, le succès fut bien médiocre jusqu'à ce qu'il eût adopté le traitement qu'il décrit. »

Robert Ferguson dit : « Si nous prenons le résultat des traitements adoptés dans diverses épidémies de fièvre puerpérale par différents médecins, nous trouvons sur une statisque énorme qu'il meurt 1 femme sur 3, quels que soient les moyens employés. Si, ajoute-t-il, dans une épidémie, il guérit 2 malades sur 3, le résultat peut être considéré comme excellent. » Si l'épidémie est aussi violente que quelques-unes de celles observées à Dublin, on peut se considérer comme très-heureux si l'on sauve 1 malade sur 3.

§ X. — Traitement.

Le traitement comprend deux parties distinctes, 1° les moyens préventifs, 2° les moyens curatifs. Les premiers sont d'une importance capitale, car ce sont ces moyens qui, judicieusement appliqués, permettront de restreindre et d'anéantir les épidémies de fièvre puerpérale. Les seconds sont destinés à empêcher le passage dans l'économie du poison septicémique ou à en combattre les effets lorsque l'introduction s'est effectuée.

A. *Moyens préventifs.* — Il est un fait parfaitement avéré aujourd'hui, c'est que les hôpitaux fournissent une mortalité bien plus considérable que la pratique civile. Dans un relevé qui a été fait par M. Tarnier nous voyons les résultats suivants.

La maternité pour l'année 1856 a donné 2237 accouchements et 132 décès, pendant que le XIIe arrondissement dans lequel se trouve la maternité donne pour la même année 3222 accouchements et 14 décès.

Ces chiffres ont une éloquence qu'on ne peut contester, et ils indiquent que c'est du côté des hôpitaux qu'existe tout le danger à cause de l'accumulation dans l'atmosphère des salles, de germes échappés de l'écoulement lochial putréfié d'une ou de plusieurs femmes atteintes de la maladie. Aussi le meilleur moyen de diminuer la mortalité serait de soustraire, autant que faire se peut, les femmes à l'action du ferment morbide, en évitant de les rassembler dans les maternités ou de les réunir en grand nombre dans une salle unique.

C'est dans ce but, que l'on a proposé l'isolement des femmes dans des

chambres séparées (1), ou bien de construire de petites maternités où les accouchements ne se feraient qu'en petit nombre ou mieux encore de favoriser autant que possible les accouchements à domicile.

L'assistance publique de Paris, frappée des inconvénients de l'accumulation des nouvelles accouchées dans les salles spéciales, place depuis un certain temps déjà, les femmes qui sont sur le point d'accoucher, chez des sages-femmes instruites et en a retiré des avantages marqués. Mais on conçoit qu'il y ait à cette organisation des difficultés considérables au point de vue du service médical et des dépenses que ce mode de dissémination doit entraîner. Dans l'état actuel, comme il est impossible de ne pas avoir recours aux maternités, on doit se demander quelles sont les conditions les plus favorables pour en diminuer les mauvais effets.

La *ventilation* des salles qui doit être aussi complète que possible sera obtenue à l'aide de divers appareils spéciaux inventés à cet effet ou à l'aide des ouvertures naturelles.

La ventilation à l'aide d'appareils destinés à propulser dans l'intérieur des salles l'air pris au dehors, ou à aspirer celui qui y est contenu, étant très-coûteuse et ne produisant pas un renouvellement de l'air suffisant, a été condamnée par notre excellent maître le docteur Gallard (2). Il nous reste donc la ventilation à l'aide des ouvertures naturelles; cette ventilation lorsque des fenêtres sont pratiquées sur deux parois opposées des salles est très-efficace et elle a donné à Empis des résultats excellents pendant quatre ans à la pitié. Ce médecin distingué ne se préoccupe guère de l'opinion généralement accréditée au point de vue des dangers qui peuvent résulter de l'impression du froid sur les nouvelles accouchées. Il n'a pas remarqué en effet que les affections thoraciques fussent plus fréquentes dans son service que dans les autres salles. M. Empis, sans s'inquiéter de la saison, fait ouvrir toutes les fenêtres à plusieurs reprises, et en laisse quelques unes toujours ouvertes, même pendant la nuit. Quant à la température elle est maintenue à un degré suffisant à l'aide de poêles en fonte placés au milieu de la salle.

L'encombrement sera évité en construisant des salles spacieuses et contenant un nombre de lits assez limité. Les lits seront éloignés les uns des autres, la propreté des salles sera excessive, les draps et les serviettes qui servent à l'usage des nouvelles accouchées seront souvent renouvelés et les linges souillés par l'écoulement lochial seront promptement éloignés des salles afin d'éviter qu'ils y subissent la fermentation. Les salles ne seront pas toujours occupées, l'expérience a en effet démontré qu'on pouvait de cette façon diminuer considérablement la mortalité. La maternité de Rouen, sous l'habile direction du docteur Hélot, a donné dans l'espace de onze ans, 1, 66 pour 100 de mortalité et

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858.
(2) Gallard, *Bull. de l'Académie de médecine*, 7 mars 1865.

0, 70 pour 100 dans les sept dernières années. Mais au début en 1856 et 1858 la mortalité avait atteint le chiffre de 3, 44 pour 100 et de 6, 45 pour 100. La diminution si notable de la mortalité des sept dernières années est due à l'extrême propreté, au très-grand espacement, et au très-long repos avec aération des salles. La maternité de Dublin, qui est considérée comme un modèle tant au point de vue de l'aménagement que sous celui de l'organisation intérieure, donne des résultats aussi remarquables que la maternité de Rouen. Bien que le nombre des accouchements y soit très-considérable (plus de 2000 par an), les chiffres moyens de la mortalité décennale suivis pendant cent ans ont varié de 0, 9 à 1, 7 pour 100.

Mais si, malgré ces précautions, quelques cas de fièvre puerpérale viennent à se développer, il faut immédiatement s'efforcer de prévenir la propagation de la maladie. Le premier moyen à employer serait d'éloigner de la salle où se trouvent les nouvelles accouchées, toute femme qui vient d'être atteinte, et de la transporter dans une infirmerie spéciale. De cette façon on peut empêcher les ferments de se répandre dans la salle, et de venir contagionner les autres femmes. Si cependant ce moyen n'a pas suffi et si de nouveaux cas de maladie se développent, il ne reste qu'à suspendre immédiatement les réceptions et à évacuer complétement la salle d'accouchement, qui restera vide pendant un temps suffisant pour permettre l'aération et le renouvellement complet de l'air, puis de nettoyer les murs et les parquets afin qu'il ne reste pas de germes capables de reproduire la maladie quand de nouvelles accouchées seront placées de nouveau dans la maternité.

Le personnel de l'hôpital prendra aussi de grandes précautions afin d'éviter le transport de la maladie. Les mains des infirmiers ou des autres personnes en rapport avec les femmes seront d'une propreté excessive, et il ne sera pas nuisible de les passer dans un liquide désinfectant, tel que l'eau phéniquée ou l'eau chlorurée. Les vêtements des personnes en contact avec des femmes malades seront changés avant de se transporter auprès d'une femme sur le point d'accoucher ou qui est déjà accouchée.

Parmi les moyens préventifs auxquels il faut attacher la plus grande importance, nous citerons les injections vaginales avec un liquide désinfectant ou même les injections *intra-utérines* dès que l'on remarque la moindre fétidité de l'écoulement lochial. Les injections intra-utérines tant décriées par certains auteurs méritent cependant de prendre une juste place parmi les moyens susceptibles d'empêcher le développement des accidents septicémiques. Ces injections que nous avons déjà préconisées et que M. Hervieux a pratiquées avec succès des centaines de fois, seront faites avec de l'eau phéniquée ou bien avec de l'eau chlorurée au 50e au 40e et même au 30e et au 20e suivant les cas.

Lorsqu'il n'existe encore qu'un peu de douleur localisée sur les parties latérales de l'utérus accompagnée de la sensation d'un cordon dur que

Béhier a décrit sous le nom de *corde*, on se trouve bien de l'emploi de la glace suivant la méthode adoptée par cet auteur (1). On applique sur le point douloureux une serviette mouillée, pliée en huit, qui supporte une vessie de caoutchouc vulcanisé remplie aux deux tiers de glace en morceaux. La serviette est destinée à protéger la peau contre l'action trop immédiate du froid si la vessie était appliquée directement sur elle, malgré cette précaution il sera bon de surveiller les téguments et de cesser l'usage de la vessie de glace, si la peau prend une teinte blanchâtre. De cette façon, on évitera une gangrène superficielle.

L'application du froid sera longtemps prolongée afin d'empêcher la réaction qui se produit quand elle n'a pas été suffisamment prolongée. S'il était impossible de se procurer de la glace, on pourrait se servir d'eau froide à courant continu en adaptant une vessie sur l'appareil qui a été indiqué précédemment (fig. 64, p. 269), pour les irrigations vaginales. Cette application de la glace ne doit pas être négligée toutes les fois qu'il y a menace d'inflammation ; elle a réussi, entre les mains de Béhier, à empêcher le développement d'accidents consécutifs graves.

B. *Moyens curatifs*. — Les moyens curatifs qui ont été essayés lorsque l'infection septicémique du sujet s'est effectuée, sont nombreux, et la plupart n'ont donné que des résultats négatifs. Les *émissions sanguines*, qui ont paru réussir dans quelques épidémies, ne doivent être employées qu'avec une extrême réserve. La saignée générale principalement doit être formellement rejetée. On se trouvera bien cependant, lorsque la malade se présente avec les traces d'une inflammation locale vive sans phénomènes généraux très-marqués, d'appliquer sur le ventre un certain nombre de de sangsues (20 à 30). L'émission sanguine qui en résulte soulage habituellement les malades et n'a pas l'inconvénient d'amener la prostration des forces comme le font les saignées générales.]]

Après la saignée, le meilleur et le plus efficace des médicaments est le *mercure*, seul ou associé à l'opium. Sans vouloir expliquer le *modus operandi* de cet agent, constatons le fait de son action incontestable sur l'inflammation des séreuses. Ce médicament peut être donné à haute dose (10 grains toutes les trois ou quatre heures), ou à petites doses plus fréquemment répétées (2 grains par heure). On en continuera l'usage jusqu'à ce qu'il ait produit une action marquée sur la maladie, ou jusqu'à ce que la muqueuse buccale soit affectée, à moins qu'il n'agisse comme purgatif. La bouche sera bien plus vite affectée, et avec des doses beaucoup moindres, si à chaque dose partielle on ajoute une très-petite quantité de tartre stibié (par exemple 1/18e de grain); mais ce moyen sera inefficace à atteindre le but qu'on se propose s'il survient des nausées ou des vomissements. Je dois ce moyen à A. Smith. Aussitôt qu'un effet marqué se sera produit, les doses seront diminuées et les intervalles prolongés. Afin

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*. Paris, 1864.

d'empêcher les effets irritants sur le tube intestinal, on a coutume d'associer au médicament *la poudre de Dower ou l'opium.* Peut-être faut-il dire aussi que l'association de l'opium n'a pas seulement pour effet de diminuer les troubles intestinaux, mais que ce médicament exerce en outre une influence favorable sur le processus inflammatoire lui-même. Dans ces derniers temps, j'ai été plusieurs fois mis dans un embarras extrême par la diarrhée provoquée par le mercure; j'éprouvais une certaine crainte à l'employer; je me déterminais alors à l'employer à des doses beaucoup plus petites encore (1/4 de grain toutes les deux heures), ou même, comme le recommande Law, 1/12e de grain toutes les heures. Je me suis très-bien trouvé de cette modification : le calomel, à cette dose, affecte l'économie tout aussi rapidement, sans irritation intestinale. Quand le calomel agit sur les entrailles, on peut l'abandonner et s'en tenir à l'opium, et je m'en suis quelquefois trouvé tout aussi bien. Il y a quelques années, je vis un cas de péritonite puerpérale, en consultation avec un confrère, et nous donnâmes l'opium à très-haute dose (1 grain par heure) avec le plus grand succès. Stokes fut le premier qui signala les bienfaits de l'opium dans les mauvais cas de péritonite, lorsque la saignée était inacceptable. Plus d'une fois j'ai constaté l'exactitude de ses observations. Les frictions mercurielles sont aussi un bon moyen d'impressionner l'économie tout entière, et, à ce propos, je recommande hautement le liniment mercuriel ou *Linimentum hydrargyri* (1) dont voici la composition :

Onguent mercuriel..... 30 grammes.
Faites fondre à une douce chaleur dans :
Huile camphrée..... 30 grammes.
Ajoutez graduellement, en agitant :
Solution d'ammoniaque..... 30 grammes.]

Mais, je puis dire du mercure comme de la saignée que, malgré les succès qu'on en a obtenus, il est des cas où il a été inefficace et même nuisible.

Le *tartre stibié* a été recommandé par Hulme et employé ensuite par d'autres médecins avec un certain succès. L'état de l'estomac, cependant, en contre-indiquera l'usage dans beaucoup de cas.

Les *purgatifs* ont été préconisés par Hulme, Denman, Gordon, Hey, Armstrong, Chaussier, Stoll, et fortement repoussés par Baglivi, John Clarke, Cederskiol, Thomas, Campbell. « Mon expérience personnelle, dit Ferguson, à l'endroit des purgatifs, m'a appris que toutes les fois qu'ils provoquent des tranchées, il y a grand danger à voir survenir une péritonite. Ceci me paraît être la règle, à ce point que j'y associe généralement quelque narcotique, poudre de Dower, jusquiame ou du houblon. » S'il existe de la constipation, on administrera avec avantage un

(1) *British pharmacopeia.* London, 1864, p. 265.

lavement avec de la térébenthine et de l'huile de ricin. La diarrhée spontanée n'est pas toujours un signe favorable : il faudra souvent la combattre par les astringents et les opiacés.

Les *vomitifs* ont été employés avant 1782 par les médecins anglais, et en 1782 il ont été préconisés à Paris par Doulcet, qui s'en servit presque exclusivement, et en obtint des résultats remarquables. D'autres médecins en ont fait usage avec succès, mais ils ont si souvent échoué qu'on y a presque renoncé, surtout dans ce pays, peut-être aussi parce que nous n'avons pas su en reconnaître les indications. Tonnellé dit que Desormeaux les mit en usage avec beaucoup d'avantage en 1828, mais que l'année suivante il n'eut pas à s'en louer. En septembre 1829, les vomitifs réussirent; mais, en octobre et novembre, la même année ils échouèrent de nouveau. Il faut ajouter, cependant, qu'ils ne parurent pas aggraver les symptômes. Ferguson dit alors que la véritable question est de savoir quels sont les cas où ce médicament est applicable. L'indication a déjà été formulée par Doulcet : c'est surtout lorsque la maladie paraît avoir porté toute son intensité sur le foie, et qu'elle a débuté par des nausées et des vomissements spontanés (1). »

En 1814, Brennan (de Dublin) a proposé l'usage interne de la *térébenthine*, qu'il regarda même comme un spécifique, parce qu'en effet, dans certains cas, elle s'était montrée très-efficace. Il l'administrait à la dose d'une cuillerée à café à la fois dans un peu d'eau sucrée. Douglas (2), J. A. Johnson, Dewes, Payne (3), Kinner, Blundell (4) et Waller, en ont obtenu des résultats variables. Copeman (de Norwich) (5) a fortement préconisé ce remède. Il l'administre par la bouche et l'associe avec l'huile de ricin par le rectum, en même temps qu'il l'emploie en fomentations. Jos, Clarke et d'autres médecins ont expérimenté cet agent sans succès. Clarke fait observer que de nombreux essais ont été faits avec l'essence de térébenthine rectifiée à la dose de 6 à 8 drachmes (de 24 à 32 grammes), quelquefois mélangée avec de l'eau, d'autres fois avec l'huile de ricin. Les premières doses étaient généralement agréables à la malade et paraissaient diminuer la douleur. Un peu plus tard le médicament provoquait des nausées, et quelques malades déclaraient qu'elles préféraient mourir que de continuer. Dans plus de vingt expériences, pas une seule malade ne se rétablit (6). Il n'est pas douteux que la térébenthine ne soit utile quand il existe de la tympanite ; mais je ne l'ai jamais vue exercer aucune influence sur la maladie elle-même.

A une période avancée de la maladie, les vésicatoires sont utiles ; ils

(1) Ferguson, *On puerperal fever*, p. 204.
(2) Douglas, *Dublin Hosp. Reports*, vol. III.
(3) Payne, *Edinburgh med. and surg. Journal*, vol. XXII, p. 53.
(4) Blundell, *Lectures on midwifery.*
(5) Copeman, *Illustrations of puerperal fever.*
(6) Clarke, *Letter to D. Armstrong.*

peuvent être appliqués sur une partie ou sur la totalité de l'abdomen. On les pansera avec l'onguent mercuriel.

Recolin (1), Dance et Tonnelé ont recommandé des injections d'eau chaude dans le vagin et dans l'utérus, trois ou quatre fois par jour. Lee et Campbell ont adopté cette pratique, qui leur a souvent réussi. J'ai fréquemment fait des injections vaginales avec de l'eau chaude, mais je n'ai jamais porté les injections jusque dans l'utérus.

[[Les *injections intra-utérines*, que nous avons déjà préconisées dans le traitement préventif de la maladie, doivent être employées lorsque la maladie est confirmée; c'est peut-être un des meilleurs moyens d'empêcher l'introduction dans la circulation de l'agent septicémique, de se continuer.

Le *sulfate de quinine* qui a été préconisé par Beau, comme un des meilleurs moyens de combattre la fièvre puerpérale, est loin de donner les résultats favorables que cet auteur avait annoncés. Delpech qui avait essayé à la maternité ce médicament n'en avait recueilli aucun avantage, non plus que M. Tarnier qui vit la mort survenir chez quatorze malades auxquelles il avait administré le sulfate de quinine et chez lesquelles l'action toxique du médicament s'était fait sentir.

Selon Beau, l'administration du sulfate de quinine doit être précédée de l'emploi d'un évacuant. Le sulfate de quinine est administré en solution à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes, en 24 heures, et la dose du médicament sera augmentée ou diminuée suivant les effets obtenus, mais toujours la dose devra être suffisante pour déterminer des bourdonnements d'oreilles, de la surdité, du délire; car, suivant Beau, le médicament n'est efficace qu'à la condition que la malade présente des phénomènes toxiques. L'ivresse quinique sera entretenue pendant plusieurs jours, et la potion sera prise en trois fois dans les 24 heures, condition importante, car le fractionnement du médicament en diminuerait considérablement l'activité.]]

Des moyens divers ont encore été employés.

Desormeaux et Collins se sont bien trouvés des bains de siége; mais la difficulté qu'il y a à mouvoir la patiente et la douleur que provoquent les mouvements sont un obstacle insurmontable à leur usage répété. Lœffler et Ceely (de Aylesbury) ont vu d'excellents effets des applications froides sur le ventre. L'irritation stomacale peut être calmée par les boissons gazeuses contenant quelques gouttes de laudanum ou par quelques grains de sous-carbonate de potasse dissous dans de l'eau de menthe verte.

[[Delpech partant de cette idée que la fièvre puerpérale est le produit d'un ferment morbide, a essayé les préparations de chrôme qui jouissent de la propriété d'arrêter certaines fermentations, ce moyen qui mérite d'être expérimenté de nouveau a fourni à Delpech deux guérisons chez des malades gravement atteintes.

(1) Recolin, *Mémoire sur l'utilité des injections d'eau chaude dans la matrice, quand il reste des portions de l'arrière-faix après les couches* (*Mém. de l'Acad. de chir.* Paris, 1757, t. III, p. 202).

On ne devra pas négliger non plus l'emploi des toniques et de quelques aliments lorsque les malades peuvent les supporter.]]

Un choix judicieux de ces remèdes pourra donner à la malade quelques chances de guérison, si le médecin est appelé au début; mais, dans beaucoup de cas, il faut l'avouer, nous échouerons. Il est cependant de notre devoir de tenter avec persévérance tous les moyens que nous avons sous la main et de ne pas nous laisser arrêter dans nos efforts par nos prévisions.

CHAPITRE II

MÉTRITE PUERPÉRALE

On a souvent décrit l'inflammation qui atteint le tissu propre de l'utérus. Elle est mentionnée par Astruc, Vigarous et Primerose. Pouteau l'a observée dans l'épidémie de 1750. Ricker et Boër (1) l'ont décrite sous le nom de *Putrescirung* ou *Putrescenz der Gebarmutter*. Des observations ont été rapportées par Smith, Danyau (2) et Tonnelé (3). Dans certaines épidémies (4), on la rencontre assez fréquemment seule, ou compliquant d'autres affections locales. Ainsi, Tonnelé, sur 222 cas de fièvre puerpérale terminés par la mort, a trouvé 79 fois de la métrite, 29 fois un ramollissement superficiel, 20 fois un ramollissement profond des tissus. Dugès a rencontré 3 fois sur 4 l'utérus atteint, et R. Lee rapporte que dans 45 autopsies il a trouvé 10 fois un ramollissement de la tunique musculaire de l'utérus. Cette lésion peut quelquefois être la seule, ou elle est la principale.

§ I. — Symptômes.

Les symptômes varieront surtout suivant la violence de l'attaque. Dans la forme bénigne, quand la lésion ne va pas jusqu'à désorganiser le tissu utérin, j'ai vu la maladie débuter vers le troisième ou quatrième jour par des frissons, suivis de grande chaleur, de soif, de céphalalgie. Le pouls s'élève de 100 à 110 pulsations, la langue est sèche et couverte d'un enduit, la physionomie exprime la douleur, mais non pas l'anxiété qui accompagne la péritonite ; les traits ne sont pas, comme dans cette dernière affection, tirés, pincés, grippés. La malade se plaint de malaise, de douleur dans la région utérine, et par le palper nous trouvons l'utérus augmenté de volume, dur et douloureux. L'abdomen, au début, est souple,

(1) Boër, *Naturalische Geburtshülfe*, t. I, p. 202.
(2) Danyau, *Essai sur la métrite gangréneuse*, thèse, 1829.
(3) Tonnelé, *Répertoire général d'anatomie*, vol. V, p. 1.
(4) S. Témoin, *La Maternité en* 1859, thèse, 1859.

indolore; à mesure que la maladie fait des progrès, l'abdomen se tympanise, et quelquefois il arrive que l'inflammation se propage à tout le péritoine.

Les lochies ne présentent pas toujours les mêmes caractères. Souvent elles sont diminuées ou mêmes supprimées. D'autres fois elles deviennent fétides, d'autres fois elles n'ont subi aucune modification ni dans leur qualité ni dans leur quantité. La sécrétion lactée est généralement arrêtée. Il est un autre symptôme qui doit être noté et qui est plus marqué dans la métrite que dans toute autre affection, je veux dire la dysurie, qui cause de grands malaises et qui peut même aller jusqu'à la rétention complète, qui se produit surtout, suivant la remarque de Dewees, dans les cas où il a été nécessaire d'employer les instruments pendant l'accouchement.

La forme plus grave de la métrite, d'après les descriptions de Lee et de Tonnelé, est annoncée par des frissons suivis d'une chaleur intense et de mal de tête. Il y a quelquefois du délire ou même d'autres signes de troubles cérébraux. La face est pâle et anxieuse. La peau, qui tout d'abord est chaude et sèche, devient froide et prend une légère teinte cyanique ou ictérique. La respiration est accélérée, le pouls est faible et fréquent, il existe une prostration très-grande. La langue bientôt se sèche et les dents deviennent fuligineuses. En même temps on observe plus ou moins de nausées et de vomissements avec de la diarrhée. La malade se plaint de douleurs à l'hypogastre, où l'on sent l'utérus augmenté de volume et très-douloureux à la pression. Les lochies sont diminuées ou tout à fait supprimées, souvent même elles deviennent fétides et âcres.

Cette forme est complétement différente de la première, comme on le voit; outre l'affection locale, il existe une altération profonde de l'économie, due [[à une intoxication de la malade par l'introduction dans la circulation de principes septiques absorbés par les veines ou les lymphatiques et provenant d'une fermentation de l'écoulement lochial. Nous avons affaires alors à une véritable fièvre puerpérale.]]

§ II. — Terminaison.

La métrite peut se terminer :

1° *Par la résolution*, comme dans le type que nous avons décrit tout d'abord, et où l'on voit les symptômes s'amender peu à peu.

2° *Par suppuration*, il peut se former un abcès qui s'ouvrira dans la cavité utérine ou dans le péritoine. J'ai eu l'occasion d'observer un cas où l'affection s'est terminée de cette façon, et dont l'observation a été publiée par mon ami le docteur Beatty.

3° *Par ramollissement*, cette terminaison a été observée 49 fois par Tonnelé et 10 fois par R. Lee. « Parmi les 222 cas observés par Tonnelé à la Maternité de Paris en 1829, fut constaté 49 fois un ramollissement du tissu musculaire utérin. Tonnelé fait remarquer que le ramollissement, après s'être montré dans la première moitié de l'année 1822, et surtout vers le

mois de janvier, disparut complétement dans les mois de juillet et d'août, pendant lesquels on observa presque constamment de la phlébite. Le ramollissement se montra de nouveau en septembre et octobre et disparut encore une fois pendant les deux derniers mois, qui n'eurent qu'une mortalité très-restreinte (1). »

4° *Par la gangrène.* — Cette terminaison a été décrite par Boër dans son excellent travail et par Ricker (2). Elle a été mentionnée aussi par Siebold, Busch, Boivin et Dugès, Danyau (3), etc. [Le professeur Béhier (4) a décrit avec beaucoup de soins cette terminaison par gangrène, et il signale en même temps la complication de pourriture d'hôpital qui, dans certains cas, vient encore ajouter à la complication de la maladie en même temps qu'aux difficultés du diagnostic. Je ne saurais mieux faire que de citer textuellement les paroles de notre maître :

« Cette gangrène peut naître, parce que la plaie utérine peut se gangrener, comme toutes les plaies, sous l'influence d'un état épidémique, ou sous l'influence du mauvais état général de l'accouchée. Mais le plus souvent c'est, en quelque sorte, une gangrène traumatique, une gangrène de cause mécanique ; elle est due à une compression, que cette compression ait été faite par le fœtus pendant un travail prolongé, ou qu'elle ait été produite par des manœuvres chirurgicales, version, application du forceps, etc.

« Cette gangrène, je vous l'ai dit, peut exister seule, indépendamment de toute autre altération ; alors les malades rendent dans les lochies des lambeaux détachés des parties génitales, du vagin, des grandes ou des petites lèvres. Dans ce cas, comme la gangrène est seule (et elle existe seule surtout quand elle tient à une compression), les phénomènes adynamiques que nous avons décrits plus haut se montrent bien, mais ils existent à un moindre degré ; il n'y a pas, dans ce cas, d'infection générale, il n'y a qu'une maladie toute locale, aussi la guérison est possible, assez fréquente même. Tel fut l'exemple de cette jeune femme dont je vous ai déjà parlé à propos de cette lésion. Mais cette altération ne reste pas toujours seule, et alors, quant à cette gangrène locale vient s'ajouter l'élément péritonéal, je n'ai pas besoin de vous dire que le danger devient imminent, c'est une grave complication ajoutée à une altération grave ; rien de plus simple qu'une terminaison funeste en semblable occurrence. Quant au mécanisme de la guérison dans ces gangrènes traumatiques, il ne diffère en rien de ce que l'on observe dans tous les cas de ce genre. Vous vous rappelez ce fait que je vous ai cité (Obs. XX), dans lequel nous avons trouvé une ligne d'inflammation éliminatrice chez une femme qui, atteinte d'autres lésions graves, avait été affectée d'une semblable gangrène. Chez elle,

(1) Lee, *On the more important diseases of women*, p. 38.
(2) Ricker. *Siebold's Journal*, vol. II, p. 62.
(3) Danyau, *Essai sur la métrite gangréneuse*, thèse, 1829.
(4) Béhier, *Conférences de clinique médicale faites à la Pitié*, 1861, 1862. Paris, 1864.

la séparation était commencée ; un premier pas vers la guérison était fait, et elle se serait certainement complétée, si la vie de la malade s'était prolongée. N'est-ce pas à des cas de ce genre qu'il faut rapporter ces utérus si étrangement déformés au niveau du col. que l'on rencontre chez des femmes dont l'accouchement a été laborieux ?

« Cette gangrène, au lieu de se limiter, de rester toute locale, peut, dans certaines circonstances, se compliquer de pourriture d'hôpital ; l'élément pseudo-membraneux vient se greffer sur le traumatisme ; dans ce cas, l'écoulement vaginal se compose, pour une grande part, d'une sanie d'une odeur particulière (Obs. XI à XVII).

« Cette pourriture, que je vous ai déjà décrite et que nous venons de voir naître à propos de la gangrène traumatique, peut exister seule et indépendamment de toute autre complication ; on voit, sur la vulve, dans le vagin, dans l'utérus, ces plaques mamelonnées grises verdâtres, dont nous avons parlé à propos de l'anatomie pathologique.

« Y a-t-il des symptômes particuliers qui correspondent à cette altération ? Il est assez difficile de les isoler de ceux que l'on observe dans les cas d'infection purulente. On peut dire que sans pouvoir préciser quels signes la caractériseraient en dehors de l'écoulement sanieux et des plaques diphthéritiques qui peuvent siéger à la vulve, il est probable que cette altération aggrave les symptômes ataxo-adynamiques, sans toutefois les différencier de ceux de même forme qui naissent sous toute autre influence. Toutefois, la pourriture d'hôpital est plus grave que la gangrène, et même que la péritonite. C'est une affection à marche très-rapide ; ce qui se passe pour les plaies externes qui en sont atteintes nous le dit nettement.

« Quand donc vous verrez des symptômes ataxo-adynamiques survenir tardivement et marcher promptement, en même temps qu'il s'écoule par le vagin un liquide sanieux et fétide, il est probable qu'il s'agit d'une pourriture d'hôpital ; j'ai dit à dessein tardivement ; en effet, la gangrène par contusion, qui pourrait se présenter avec la même allure symptomatique, se manifeste peu de temps après l'accouchement. Le diagnostic entre la pourriture d'hôpital et la gangrène traumatique est donc un diagnostic de présomption. Cette pourriture diphthéritique peut, au reste, s'étendre assez loin, et, comme je vous l'ai dit dans une conférence précédente, elle peut modifier et convertir en sanie noirâtre le liquide contenu dans les sinus utérins, dans les veines du plexus pampiniforme (Obs. XVII) ; enfin, je vous ai aussi rapporté une observation (Obs. XIV) dans quelle le liquide péritonéal lui-même avait l'odeur fétide et la coloration noirâtre de la sanie que l'on rencontre en pareil cas. »]

§ III. — Anatomie pathologique.

Très-souvent la tunique séreuse de l'utérus montre les traces d'une inflammation vive : elle peut être très-injectée et recouverte d'une couche

de fausses membranes, ou enfin elle peut être ramollie. Le volume de l'utérus est notablement augmenté, le tissu en est flasque et mou. On rencontre souvent dans les parois de petites collections purulentes. Boivin et Dugès (1) disaient que « le pus est souvent trouvé dans le tissu même de l'organe, plutôt vers la surface externe que vers l'interne. Le pus se réunit en foyers de 1 à 5 pouces de diamètre, quelquefois il se présente sous forme d'un dépôt multiloculaire avec une apparence visqueuse et verdâtre. D'autres fois il est infiltré entre les fibres musculaires, auxquelles il donne une coloration jaunâtre qu'on aperçoit à travers la couche péritonéale. Dans ce dernier cas, il se forme quelquefois des tumeurs dures, faisant saillie sur le fond de l'utérus. D'autres fois celles-ci sont aplaties, étalées, molles, s'étendant plus vers les parties latérales, et se continuant avec des infiltrations purulentes qui se sont formées entre les lames des ligaments larges jusque dans le tissu cellulaire pelvien. »

La substance de l'utérus peut être par places réduite à une sorte de pulpe d'un rouge sombre, jaunâtre ou grisâtre, et exhalant une odeur fétide. Ce ramollissement débute généralement par la membrane interne et s'étend plus ou moins profondément au tissu même de l'utérus. Suivant l'opinion de Ferguson, « le point d'insertion du placenta serait le plus souvent le siége de toutes les lésions utérines, soit qu'il s'agisse d'abcès, de ramollissement ou de phlébite; le point après celui-là le plus souvent affecté serait le col utérin. » Des fausses membranes sont rencontrées sur la muqueuse, mélangées à du sang et au liquide lochial.

Tonnelé rapporte que la maladie, à Paris, présenta deux formes distinctes : 1° le ramollissement de l'utérus, à proprement parler; 2° la dégénérescence putrescente de l'organe. Dans la première forme, le ramollissement n'atteignait que la membrane interne de l'utérus, et il se présentait sous forme d'îlots séparés, d'une coloration rouge ou brunâtre, qui occupaient tous les points de cette surface. Les limites n'en étaient pas déterminées. Dans la seconde variété, le ramollissement paraissait s'enfoncer plus profondément dans le tissu, les doigts ne pouvaient saisir le viscère sans passer au travers de la substance. Le ramollissement superficiel était presque toujours accompagné de péritonite, de métrite ou de phlébite utérine. Le ramollissement profond était quelquefois aussi compliqué d'autres lésions; mais, alors même qu'il existait seul, il imprimait à la maladie un caractère franchement typhoïde (2). »

Boivin et Dugès, et Duplay, ont constaté des lésions en mainte occasion, et ce dernier médecin a décrit avec le plus grand soin la mortification circonscrite qu'il a rencontrée à la surface interne de l'utérus.

La cause de ce ramollissement spécial a beaucoup été discutée : quelques-uns l'attribuent à une influence spécifique sur ces parties; d'autres, à une altération du sang; quelques-uns, à l'inflammation. Dans quelques

(1) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833.
(2) Lee, *On diseases of women*, p. 38.

cas, cette lésion paraît pouvoir se lier à un processus inflammatoire; dans d'autres, il est impossible d'en trouver la moindre trace.

§ IV. — Diagnostic.

Quand il existe une complication de péritonite, le diagnostic est très-difficile; mais si l'utérus est seul frappé, on peut plus aisément distinguer cette maladie :

1° *Des tranchées utérines, etc.* — Elle en diffère profondément par sa continuité et par la gravité très-grande des phénomènes généraux.

2° *De la péritonite puerpérale.* — Le caractère distinctif le plus marqué entre la métrite et la péritonite est dans l'acuité de la douleur, qui, dans la péritonite, est générale, superficielle et insupportable, à ce point que le plus léger attouchement ne peut être toléré, tandis que dans la métrite l'abdomen pourra être pressé dans toute son étendue, excepté au niveau de l'utérus, qu'on peut sentir très-nettement augmenté de volume et dur. La seule exception à cette règle se rencontre dans des cas rares où il existe de la péritonite sans grande sensibilité du ventre. Le pouls, dans la métrite, est plus faible, et la patiente tombe dans la prostration plus vite que dans la péritonite. Les lochies sont plus souvent fétides, et les symptômes présentent bien plus le caractère typhoïde lorsqu'il s'agit de la forme grave de la métrite.

§ V. — Pronostic.

Dans la forme bénigne, beaucoup de malades se rétablissent, l'utérus reste dur et sensible pendant quelque temps; mais la sensibilité diminue graduellement, le pouls tombe, la langue se nettoie, les fonctions intestinales se rétablissent, et l'appétit revient. La continuation ou la réapparition des lochies avec leurs qualités normales et leur odeur naturelle sont un excellent signe, qui acquiert encore plus de valeur si en même temps la sécrétion lactée s'est continuée.

Dans la forme grave, le pronostic est très-défavorable. Tout cas bien caractérisé se termine presque fatalement par la mort, et la malade succombe au milieu des symptômes de la fièvre puerpérale.

§ VI. — Traitement.

[[Les émissions sanguines réussissent bien dans la forme bénigne de la métrite, mais dans la forme qui s'accompagne de l'introduction de matières septicémiques dans la circulation, et qui n'est autre qu'une fièvre puerpérale ayant eu pour point de départ une inflammation de l'utérus, elles échouent presque complétement.]]

La section de la veine pourra cependant être quelquefois utile ou indiquée, et plus elle sera faite à une époque rapprochée du début de la mala-

die, plus elle aura de chances de réussir. Si, pour une cause quelconque, la saignée était contre-indiquée, on se trouvera bien d'appliquer des sangsues au niveau de l'utérus. On recouvrira ensuite la région de cataplasmes ou de fomentations émollientes.

Le calomel associé à l'opium est d'une incontestable utilité quand ces médicaments agissent doucement. J'ai rarement vu succomber une malade qui en avait franchement subi l'influence. Mais il arrive souvent que le calomel provoque la diarrhée. Dans ce cas, il faudra en diminuer la dose ou le supprimer tout à fait. On fera alors des onctions mercurielles sur le ventre et l'on administrera l'opium à l'intérieur.

Quand la période aiguë de la maladie est passée, on aura recours avec avantage aux vésicatoires volants; le ventre sera recouvert d'une carde d'ouate. Les entrailles seront tenues libres, mais par les moyens les plus doux; car les purgatifs un peu actifs paraissent, au contraire, augmenter le mal.

Aucun remède ne paraît avoir d'action très-efficace dans la forme grave. Si les antiphlogistiques sont jamais utiles (ce dont je doute), ce ne peut être que tout à fait au début. J'aurais, pour ma part, bien plus de confiance dans les dérivatifs, dans les toniques, tels que le vin de quinquina, etc., dans l'opium, s'il est jugé nécessaire, tout comme on les donne dans la fièvre typhoïde.

CHAPITRE III

PHLEGMATIA DOLENS. — PHLÉBITE CRURALE

§ I. — Définition, historique, causes.

Cette maladie, sous divers noms : « *Anasarque séreuse, phlegmasie lactée, œdème lacté, jambe laiteuse, jambe blanche, jambe enflée, etc., etc.,* » est depuis longtemps connue, bien qu'il y ait eu et qu'il y ait encore des opinions très-diverses sur son exacte nature. Elle a été décrite par Roderick de Castro en 1603, et depuis par Mauriceau, Puzos, Levret, Petit, Leake, White, Hull (1), Trye, etc. Elle consiste en un gonflement incolore d'une ou des deux jambes (simultanément ou l'une après l'autre), peu de temps après la délivrance, avec douleur, sensibilité et fièvre, durant un certain temps, et suivant un cours assez bien déterminé. La jambe gauche est de beaucoup plus souvent atteinte que la jambe droite, sans qu'on puisse facilement se rendre compte de la cause.

Cette maladie peut arriver à la suite de la première couche, mais elle est beaucoup plus fréquente chez les multipares. Les femmes délicates,

(1 Hull, *An Essay on Phlegmatia dolens*. Manchester, 1803.

ou d'une constitution lymphatique, et surtout celles qui souffrent d'une irritation quelconque de l'utérus après la délivrance, sont plus aptes, dit-on, à être atteintes de cette maladie. Elle suit assez souvent l'extraction du placenta, comme dans le cas de Chatts (1). Les femmes qui en ont souffert une fois sont très-aptes à en avoir une légère atteinte après un accouchement suivant, sans qu'il y ait retour des causes qui l'avaient occasionnée une première fois. J'ai eu des malades chez lesquelles ces faits se sont reproduits plusieurs fois, mais chaque fois de plus en plus faiblement.

Elle peut éclater très-rapidement après la délivrance, et le moment de l'invasion fait grandement varier notre opinion sur le cas, selon qu'elle commence avant ou après le sixième jour. Sur vingt-deux cas observés par R. Lee (2), sept furent pris entre le quatrième et le douzième jour, et quatorze après la seconde semaine. Levret cite un cas où la maladie apparut au sevrage de l'enfant; et Blundell dit « que dans de rares circonstances elle apparaît même plusieurs mois après la délivrance (3). »

Mais ce n'est pas nécessairement et exclusivement une maladie « *post partum*, » et comme ceci est un point important pour la correcte pathologie de cette affection, je puis être excusé de m'étendre en détail sur ce sujet. L'auteur le plus ancien qui mentionne cette maladie comme suivant l'accouchement est, je crois, Puzos, qui cite deux femmes enceintes, l'une de quatre mois et l'autre de sept, chez qui elle se produisit. Meigs dit qu'il a rencontré un grand nombre d'exemples de phlegmatia dolens pendant la grossesse.

Denmann, Burns, Dewees, Mac Clintock, en mentionnent des cas survenant après l'avortement, spécialement lorsqu'une partie de l'œuf est restée. Willan (4) et R. Lee, M. Lawrence (5), Copland et Dewees ont rapporté des cas survenus chez des malades souffrant d'ulcérations malignes au col de l'utérus. Blundell a rencontré la maladie accompagnant des excroissances fongueuses malignes du même organe. Copland rapporte un cas coïncidant avec une métrite chez une dame qui n'avait pas été enceinte depuis plusieurs années. Les attaques de cette maladie ont aussi suivi des suppressions menstruelles par le froid, comme dans les cas rapportés par Tomasini (de Bologne), R. Lee et Mac Clintock. Je le répète, il peut n'y avoir aucune maladie de la matrice, ni aucun désordre dans les fonctions, comme dans le cas de phlegmatia dolens accompagnant une dysenterie, décrit par Mayne, ou comme celui de cancer de l'estomac

(1) Chatts, *Medical Gazette*, 14 septembre 1839.

(2) Lee, *A Contribution to the pathology of phlegmatia dolens* (*Medico-chirurgical Transactions*. London, 1829, t. XV, p. 132).

(3) Blundell, *Principles and practice of obstetricy*, p. 785.

(4) Willan, *Reports of the Diseases of London*, p. 325.

(5) Lawrence, *Case of phlegmatia dolens, caused by inflammation of the vein of the lower extremity, excited by malignant ulceration of the cervix uteri* (*Medico-chirurgical Transactions*, t. XVI, p. 58).

rapporté par Blachez (1), et enfin cet œdème peut survenir dans les extrémités supérieures (2), on le rencontre même d'une façon bien marquée chez l'homme.

[L'œdème blanc et douloureux en dehors de l'état puerpuéral, et même, comme le fait justement remarquer M. Churchill, chez l'homme, peut devenir un précieux élément de diagnostic dans certaines cachexies tenant à des lésions organiques profondes, tubercule, cancer. Trousseau (1), insiste particulièrement sur la fréquence de cette manifestation symptomatique, qui souvent lui a servi à déterminer le siége et la nature de ces lésions.]

§ II. — Symptômes.

Comme nous avons généralement affaire à cette maladie survenant chez des femmes qui ont souffert d'irritation ou d'inflammation de la matrice, il n'est pas surprenant que les premiers symptômes se signalent par des douleurs ou des angoisses dans la partie inférieure de l'abdomen, s'étendant le long du bord du bassin. J'ai vu ces douleurs très-violentes, autant que les plus vives douleurs de l'accouchement, et durant plusieurs heures.

Dans quelques cas, il y a une sensation plus ou moins marquée de froid; dans d'autres, il n'y en a aucune. La malade est irritable, déprimée, et se plaint d'une grande faiblesse, de mal de tête et de soif. Denman fait observer que : « Avant l'apparition de gonflement ou de la sensibilité dans la jambe qui va être affectée, la femme devient très-irritable, éprouve un grand sentiment de faiblesse et une grande dépression morale sans cause apparente, elle se plaint de douleurs passagères dans la région de l'utérus, qui souvent ont fait prédire l'approche de la maladie. Peu de temps après, la malade ressent une douleur aiguë dans le mollet, s'étendant à l'intérieur du talon, suivant le cours des lymphatiques, se déployant le long de la partie interne de la cuisse jusqu'à l'aine et occasionnant une légère sensibilité à la partie inférieure de l'abdomen. Quelquefois, cependant, il n'y a aucun symptôme avant-coureur; la malade est prise subitement de douleurs dans le mollet, ou bien encore la maladie débute comme le rhumatisme, atteignant le dos et l'articulation de la hanche, comme l'a observé Burns : « Quelquefois il n'y a pas de malaise dans le ventre, et le premier symptôme est une douleur subite et très-vive dans le mollet. Environ vingt-quatre heures après que la douleur est ressentie, le membre enfle et devient roide ; il est chaud, mais il n'est pas rouge ; il

(1) Blachez, *Phlegmatia dolens avec cancer de l'estomac et phlébite de la veine porte inférieure, des veines iliaque et fémorale droite* (*Bull. de la Société anatomique*, 2e série, t. II, p, 28).

(2) Winn, *Medical Times and Gazette*, 14 août 1852, new series, t. V, p. 66.

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 4e édition, t. III.

est plutôt pâle et un peu brillant. Le gonflement s'étend quelquefois de l'aine en descendant, mais dans la plupart des cas il remonte du mollet vers l'aine (1). Il est généralement suivi d'une diminution de la douleur, mais elle ne cesse pas complétement. Quelquefois la maladie commence comme le rhumatisme, atteignant le dos ou l'articulation de la hanche. Alors la partie supérieure de la cuisse devint douloureuse et gonflée, puis le mollet est le siége de douleurs vives ; quelquefois, tout d'abord, le membre malade semble plus froid que l'autre (2). »

[Trousseau signale, comme un fait digne de remarque, que la main appliquée sur le membre malade ne perçoit aucune différence de température. D'où il tire cette conclusion qu'on doit exclure toute idée de gangrène, en même temps qu'on éloignera l'hypothèse d'une *phlegmasie* du tissu cellulaire].

Quand la maladie commence dans le pelvis, la douleur s'étend rapidement sous le ligament de Poupart, le long de la cuisse, du jarret, du mollet jusqu'au pied. La douleur est continue, quelquefois, mais rarement rémittente, et peu soulagée par la position, bien que la jambe pendante augmente considérablement la douleur. Peu après le début, la région inguinale est tuméfiée et tendue, et un jour ou deux après la cuisse se gonfle et devient roide, blanche et brillante. Le gonflement peut s'arrêter à la cuisse ou s'étendre jusqu'au talon, et varie beaucoup en développement. Parfois la jambe est considérablement augmentée de volume ; quand la douleur éclate dans le dos et dans les hanches, les fesses et la vulve enflent et deviennent brillantes et tendues. Quand la maladie débute dans le mollet, le gonflement se remarque d'abord dans cet endroit ou à la cheville, remontant graduellement le long de la jambe et de la cuisse. La température du membre s'élève généralement, bien que dans quelques cas rares elle soit au-dessous de ce qu'elle est ordinairement. Au commencement et au déclin de la maladie, le membre conserve la marque de la pression, mais lorsque la distension est très-grande, il ne la conserve pas. Ainsi que l'a décrit R. Lee : « Dans quelques cas bien constatés de phlébite crurale, au début de la maladie, l'impression du doigt est restée sur différentes parties du membre, particulièrement le long du tibia. Mais à mesure que l'intumescence augmente, la marque de la pression cesse de se produire, jusqu'à ce que l'état aigu soit passé.

Au début de la maladie, j'ai aussi observé dans plusieurs cas une rougeur érythémateuse diffuse des téguments, le long de la partie intérieure de la cuisse et de la jambe. »

Dans presque tous les cas, on peut suivre la veine fémorale de l'aine le long de la cuisse, dure au toucher, et roulant sous le doigt comme une corde.

(1) Denman, *Introduction to midwifery*, p. 506.
(2) Burns, *Midwifery*, p. 609.

Comme de raison, il n'en est pas ainsi quand la maladie est limitée à la jambe. Il y a une certaine sensibilité dans toute la jambe, mais elle est surtout marquée tout le long du vaisseau enflammé (1); généralement, il n'y a ni rougeur ni décoloration; mais dans quelques cas une légère ligne rosée peut s'apercevoir. Les glandes inguinales partagent l'irritation et peuvent être gonflées et dures; dans quelques cas rares elles suppurent, et, selon Burns, la gangrène s'y est mise, et l'amputation est devenue nécessaire (2). Des abcès peuvent se produire dans le tissu cellulaire. L'une ou l'autre des jambes peut être affectée, mais, comme je l'ai déjà fait observer, la jambe gauche est plus fréquemment atteinte, et il n'est pas rare de voir la jambe saine attaquée avant que l'autre soit complétement guérie, et alors la maladie poursuit une seconde fois son même cours.

Sankey dit à ce sujet : « Presque toutes mes malades ont eu les deux jambes prises, mais non pas en même temps, et la maladie, après avoir suivi le cours que Wynn a observé sur une jambe, s'empare de la seconde, et, à moins d'être arrêtée par l'application de vésicatoires, suit les mêmes phases et dure aussi longtemps que dans le premier cas (3). » Dans les cas que j'ai observés, le second membre était certainement beaucoup plus légèrement atteint que le premier, bien que ceci ne s'accorde pas avec la grande expérience de Denman, qui a trouvé la seconde atteinte aussi forte que la première (4). J'ai déjà dit que les personnes qui ont souffert de phlegmatia dolens, après un accouchement, sont très-aptes à en ressentir une atteinte plus légère, sans cause apparente, après l'accouchement suivant. Quand le gonflement a lieu, le membre devient inutile, la patiente ne peut ni le plier, ni le poser à terre. [La position pendante augmente très-notablement les douleurs.]

La constitution, comme on peut facilement le comprendre, souffre considérablement pendant la durée de la maladie; le pouls devient fréquent (de 100 à 140), quoique faible; la langue est blanche et chargée, la soif intense, les entrailles sont dérangées et l'urine devient épaisse. La malade est agitée et généralement privée de sommeil. Dans les cas très-graves, il y a plus ou moins de sensibilité au-dessus des ligaments de Poupart et sur le côté de l'utérus; les lochies sont diminuées ou modifiées, et les organes génitaux externes sont sensibles.

Avec ce cortége de symptômes, commençant peut-être par du frisson, suivi de douleur dans l'abdomen, de douleur et de gonflement dans la

(1) [Sans doute la coagulation du sang peut être due à une phlébite chez la femme en couches, mais il ne faut pas oublier qu'en dehors de toute inflammation veineuse, ce liquide peut subir dans les vaisseaux la coagulation spontanée, due aux modifications importantes du sang dans l'état puerpéral. (Excès de fibrine, diminution des globules sanguins, augmentation des globules blancs).]

(2) Burns, *Midwifery*, p. 609.

(3) Sankey, *Edinburgh medical and surgical Journal*, vol. X, p. 102.

(4) Denman, *Introduction to Midwifery*, p. 507.

cuisse et dans la jambe, pouls fréquent, etc., etc., l'état aigu peut durer une, deux ou trois semaines, alors que les symptômes les plus effrayants s'étant apaisés, la maladie prend un caractère plus local. Stokes a remarqué que plus grand est le gonflement, moins terrible et plus locale est la maladie.

§ III. — Terminaison.

1° La maladie peut, et c'est le plus souvent le cas, se terminer par *résolution*. Les symptômes généraux se calmant graduellement, la maladie devient locale : après cinq ou six semaines, le gonflement diminue, la sensibilité disparaît, l'état général s'améliore, et peu à peu la malade reprend l'usage de ses membres. Il faut cependant longtemps avant que la jambe malade perde complétement la sensation de jambe de bois, et retrouve la faculté de se mouvoir naturellement.

2° La décroissance de la maladie peut être encore plus graduelle : le membre restant gonflé, la tuméfaction augmentant de temps à autre, la malade y conservant pendant des mois entiers des sensations imparfaites, et n'ayant pas le contrôle de ses mouvements. Dans ces cas, j'ai toujours observé un épaississement de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané; et, dans deux cas, la malade était atteinte d'une inflammation de la peau ressemblant à de larges plaques d'*urticaire* qui duraient quelques jours, étaient quelquefois douloureuses et disparaissaient. Les veines demeurent parfois variqueuses; mais j'ai peine à croire que cela tienne à la maladie. Il est plus probable que cela tient à la grossesse antérieure.

3° La *suppuration* peut avoir lieu, même au point de remplacer la maladie primitive et de faire redouter la mort par épuisement (1).

4° La *mort* peut survenir, ou subitement (2), peut-être parce que la malade se sera relevée sur son lit; ou plus lentement par épuisement, par paralysie (3), ou par quelque maladie secondaire provenant de la phlébite. Burns remarque : « que cette maladie n'est pas généralement une maladie mortelle, mais elle est fastidieuse, et souvent accompagnée de symptômes hectiques. La mort, néanmoins, peut être causée par la suppuration ou la gangrène; ou par l'épuisement causé par la violence de la maladie constitutionnelle ; ou par un effort, souvent fatal, fait par la malade; ou bien au moment où la jambe paraissant être mieux, il est survenu des frissons et des vomissements journaliers, des douleurs dans d'autres parties du corps, un pouls fréquent avec délire précédant la mort (4). »

[Cette mort subite sur laquelle l'attention a été attirée ces dernières an-

(1) [La suppuration est toujours due à une complication inflammatoire.]

(2) Ball et Charcot, *Sur la mort subite et la mort rapide à la suite de l'obturation de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins* (*Gaz. hebdom.*, 1858).

(3) Todd, *Cyclopædia of practical medicine*, art. PARALYSIE.

(4) Burns, *Midwifery*, p. 609.

nées, par les beaux travaux de Virchow (1), est un des accidents les plus terribles de la période d'état de la phelgmatia alba dolens des femmes en couches. Dans ces cas, les caillots obturateurs se déchirent, se fragmentent, et les débris sont emportés vers le cœur et de là dans l'artère pulmonaire. On voit alors survenir une dyspnée intense, et les malades succombent rapidement à une sorte d'asphyxie, sur laquelle Trousseau a appelé l'attention (2)].

§ IV. — Anatomie pathologique.

1° A l'ouverture du membre, on le trouve distendu par le sérum répandu dans le tissu cellulaire.

2° Les veines sont oblitérées dans quelques endroits de leur parcours par des caillots de sang fermement adhérents aux parois. Leur membrane externe est d'une couleur rouge foncé causée par la teinture ou par l'inflammation, plus probablement causée par cette dernière; on trouve parfois une couche de lymphe coagulée tapissant les différents vaisseaux, et on y a remarqué de la matière purulente.

Les veines qu'on a trouvées ayant subi ces changements, sont: la veine fémorale, les veines iliaques externes, internes, et communes de l'un ou l'autre côté; les veines épigastrique, spermatique, *circonflexe iliaque*, utérine, vaginale et saphène, et la veine cave.

3° Selon Bouillaud, des preuves de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ont été observées dans un nombre considérable de cas, et dans plusieurs la présence de matière purulente a été reconnue (3).

4° Dugès, cité par Bouillaud (4), a montré que l'inflammation des nerfs vient, au moins quelquefois, compliquer cette maladie.

5° On peut trouver, dans différentes parties, les preuves de l'existence des effets secondaires de la phlébite, spécialement dans les cavités séreuses, et on note aussi la formation d'abcès dans le membre malade et même dans des parties bien plus éloignées.

[Les lésions indiquées par M. Churchill sont bien au nombre de celles qu'on rencontre toutes les fois qu'il existe une phlébite. Mais, comme nous l'avons dit, toute formation de caillot veineux n'est pas la conséquence forcée de l'inflammation veineuse. Souvent, en effet, on n'a pu trouver ni épaississement, ni rougeur des parois, ni desquamation de l'épithélium vasculaire, ni dépôt inflammatoire dans le tissu cellulaire; c'est donc alors dans l'état général de la malade, dans les conditions morbides particulières du sang, qu'on recherchera la cause de la coagulation, et non dans la lésion locale.]

(1) Virchow, *La Pathologie cellulaire*, traduit de l'allemand, 3e édition. Paris, 1868.

(2) [Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. 4e édition, Paris, 1872, t. III]

(3) Bouillaud, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1823, t. II, p 192; *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, art. PHLEGMATIA DOLENS.

(4) Bouillaud, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, p. 687.

§ V. — Pathogénie.

Nous sommes maintenant en état d'étudier la pathogénie de cette affection, qui a donné lieu à tant de disputes et à tant d'opinions diverses. Les notions les plus anciennes sur ce sujet ne sont que de simples spéculations : par exemple, Mauriceau considère la maladie comme étant due au reflux, sur les extrémités inférieures, de certaines matières qui auraient dû être évacuées avec les lochies (1). Puzos (2) et Levret (3) l'attribuent à un dépôt de lait dans la partie affectée ; cette opinion est généralement adoptée dans ce pays, comme l'indique l'un des noms vulgairement donnés à cette maladie (jambe laiteuse); quelques praticiens ont l'habitude de mettre continuellement l'enfant au sein pour prévenir la métastase lorsqu'elle est menaçante, ou pour la dissiper lorsqu'elle est survenue.

En 1714, White (de Manchester) (4) suggéra et adopta l'opinion que la maladie provenait de l'obstruction, ou de tout autre état morbide des vaisseaux lymphatiques, et des glandes de la partie malade. Trye, en 1792 (5), attribue ce gonflement à la rupture des vaisseaux lymphatiques au moment où ils croisent le bord du bassin, sous le ligament de Poupart. Bientôt après cette publication, Ferriar maintenait qu'il y a un état inflammatoire général des lymphatiques dans cette maladie. Hull (1800) (6) considérait comme cause prochaine de la maladie une affection inflammatoire, produisant subitement une grande effusion de sérum et de lymphe coagulée dans le tissu cellulaire du membre malade. Il supposait que tous les tissus, muscles, tissus cellulaires, vaisseaux lymphatiques, nerfs, glandes, vaisseaux sanguins, étaient atteints.

Jusque-là les opinions étaient fondées sur un mélange de théorie et d'observation, sans aucune tentative de les appuyer sur des recherches pathologiques. La première lueur jetée sur ce sujet par l'examen cadavérique est due à Davis, professeur d'accouchement à University College de Londres. En 1817, il examina l'état des veines chez une malade qui était morte de cette maladie, et y découvrit une grande inflammation ; l'autopsie est ainsi décrite :

« 6 mars 1817 : le membre inférieur gauche présentait un gonflement œdémateux uniforme, sans décoloration, et s'étendant de la hanche au pied.

A l'examen, cet état fut reconnu comme provenant de l'effusion œdé-

(1) Mauriceau, *Maladies des femmes grosses*, t. I, p. 446.

(2) Puzos, *Traité des accouchements*, p. 350.

(3) Levret, *L'Art des accouchements*, p. 932.

(4) White. *An Inquiry into the Nature and Causes of that swelling in one or both of the lower Extremities which sometimes happens to Ling-in women.* Warrington, 1784.

(5) Ch.-B. Trye, *An Essay on the swelling of the lower Extremities incident to the Lying-in women.*

(6) Hull, *An Essay on Phlegmatia dolens including an Account of the Symptoms, Causes and cure of Peritonitis puerperatis and conjunctiva.* Manchester, 1800.

mateuse dans le tissu cellulaire. Les glandes inguinales étaient un peu gonflées, comme elles le sont généralement dans un membre atteint d'hydropisie, mais très-faiblement colorées et exemptes de tout signe d'inflammation. La veine fémorale depuis le jarret jusqu'en haut, la *veine iliaque externe et la veine iliaque* commune jusqu'à sa jonction avec le tronc correspondant du côté droit, étaient fortement distendues et obstruées par quelque chose paraissant, de l'extérieur, être un caillot de sang. Les parois de la portion fémorale de la veine étaient légèrement épaissies et étaient d'un rouge foncé. Elle était remplie par un caillot dur et si fermement adhérent au tube qu'on ne pouvait l'en tirer.

Comme la couleur rouge de la veine pouvait provenir de la présence du caillot rouge en contact immédiat avec les parois, on n'en peut pas déduire la preuve de l'état inflammatoire.

Le tronc de la veine était distendu comme celui de la veine fémorale, mais la veine saphène, et ses branches étaient vides et saines. La substance remplissant les portions des veines iliaques externes et iliaque commune, ressemblait au caillot stratifié d'un sac anévrysmal; toutefois avec un léger mélange de parcelles rouges. Le vaisseau était complétement obstrué par cette matière, qui était en contact plus intime avec ses parois qu'elle ne l'était dans la veine fémorale, elle y adhérait, en effet, aussi fermement que le caillot dans un sac anévrysmal ancien; il y avait au centre une cavité contenant à peu près une cuillerée d'un liquide épais, ayant la consistance de pus, d'un brun clair et d'apparence pultacée.

L'utérus était revenu à son état normal, et à cette distance de l'accouchement, ses appendices et ses vaisseaux sanguins et le vagin étaient dans un état parfaitement naturel. Il n'y avait ni la plus petite apparence de congestion vasculaire dans l'organe, ni la plus légère distension d'aucun de ses vaisseaux. Toute sa substance était au contraire pâle, et ses vaisseaux contractés et vides.

L'état de la cavité abdominale et des organes y contenus était parfaitement normal. On ne peut mettre en doute que la substance remplissant la partie supérieure du tronc veineux, et aussi le liquide remplissant la cavité du centre des veines, n'y eussent été produits pendant la vie, par l'inflammation. Je crois aussi, à cause de sa consistance et de son adhésion immédiate aux parois des veines, que la coagulation rouge observée dans la veine fémorale résultait d'une affection analogue, s'étendant dans toute la longueur du tube, et que le passage du sang, dans toute la partie soumise à l'examen, avait été complétement arrêté avant la mort (1). » Il pensa, dès lors, que la phlegmatia dolens était due à cette cause, et, en 1823, il publia un article avec des observations et des autopsies (2).

(1) Lettre de W. Lawrence, in Davis, *Obstetric medicine*, vol. II, p. 1204.

(2) David Davis, *An Essay on the proximate cause of the disease called Phlegmatia dolens* (*Medico-chirurgical Transactions*. London, 1823, t. XII, p. 419).

En janvier 1823, Bouillaud publia plusieurs observations et autopsies dans lesquelles les veines crurales étaient obstruées, chez des femmes qui avaient souffert d'œdème des membres inférieurs après leur délivrance; et il établit distinctement qu'il considérait l'obstruction des veines crurales comme la cause, non-seulement de l'œdème des femmes en couches, mais aussi de bien des hydropisies partielles (1). La date de cette publication, bien qu'antérieure à celle de l'essai de Davis, ne porte nulle atteinte au droit qu'a celui-ci d'être considéré comme le premier qui ait découvert et enseigné que la phlegmatia dolens est essentiellement une phlébite crurale. En 1824, Velpeau publia quelques recherches, d'après lesquelles il conclut que, dans quelques cas, non-seulement les veines sont comprises dans l'inflammation, mais que l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est au moins aussi souvent une cause de phlegmatia dolens (2).

En 1826, Guthrie suggéra que probablement l'inflammation des veines de la jambe n'était qu'une suite de l'état des veines de l'utérus, et R. Lee (3), en 1829, suivit les veines malades jusque dans l'utérus, et y trouva la lésion aussi manifeste que dans la jambe. L'hypogastrique gauche, la veine iliaque externe, dit-il, était dans la même condition, dans quelques endroits à l'état de corde; la cavité en était complétement oblitérée. Les branches de cette veine, naissant dans l'utérus, et vulgairement appelées plexus utérins, étaient complétement obstruées par une coagulation rouge. Plus récemment, R. Lee a exposé à la Société médico-chirurgicale le résultat de ses observations dans le résumé suivant. Le travail contenait la description de quarante-trois cas de phlegmatia dolens. Les neuf premiers cas étaient accompagnés de la description des autopsies et de préparations anatomiques de la maladie; et l'auteur de tous ces faits ainsi présentés fut amené à tirer les conclusions qu'il avait antérieurement exprimées, c'est-à-dire : « que l'inflammation des veines fémorales et iliaques donnait lieu à tous les phénomènes de la phlegmatia dolens, et que l'inflammation commençait dans les branches utérines des veines hypogastriques, et de là s'étendait au tronc fémoral du côté affecté. La série suivante comprenait l'histoire de vingt cas, qui, selon la pensée de l'auteur, venaient donner de nouvelles preuves à l'appui de ses conclusions, bien qu'à cause de la guérison du plus grand nombre des malades, il ait été impossible de déterminer par la dissection l'état réel des veines

(1) Bouillaud, *De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles; considérations sur les hydropisies passives en général* (*Archives générales de médecine*, 1823, t. II). — *Observations et considérations nouvelles sur l'oblitération des veines, regardée comme cause d'hydropisie* (*Archives générales de médecine*, 1824, t. V).

(2) Velpeau, *Recherches et observations sur la phlegmatia alba dolens* (*Archives générales de médecine*, oct. 1824, t. VI, p. 220).

(3) Lee, *A contribution to the pathology of phlegmatia alba dolens* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1829, t. XV, p. 132); *On diseases of women*, p. 131.

crurales. Neuf autres cas étaient décrits, démontrant que la phlegmatia dolens pouvait survenir en l'absence de la grossesse ou de l'accouchement, que dans ces cas l'inflammation commençait également dans les branches utérines des veines hypogastriques et que la maladie suivait un cours analogue à celui qu'elle suit lorsqu'elle accompagne l'état puerpéral.

Dans quelques-uns de ces cas, l'inflammation des veines utérines était produite par une maladie cancéreuse de l'orifice et du col de l'utérus; dans d'autres cas, il n'y avait aucune maladie existant antérieurement. Les dernières observations étaient au nombre de cinq. La phlébite crurale avait suivi l'inflammation due à une fracture du tibia et du péroné, et à la pression exercée par des tumeurs encéphaloïdes sur les viscères thoraciques (1).

Antoine Petit, Gardien et Capuron (2) considèrent la maladie comme le résultat de l'inflammation des vaisseaux et des glandes lymphatiques. Burns ajoute un autre tissu comme participant à la maladie, car il dit : « Je considère que les nerfs sont aussi impliqués que les veines, et qu'alors qu'ils y contribuent tous deux, nous verrons, selon les cas, la lésion des uns ou des autres prédominer (3). Je ne sais pas si cette opinion est le résultat de l'examen cadavérique, mais elle a été depuis confirmée par les recherches de Dugès. Dewees s'accorde avec Hull, et le remarquable travail de Bouillaud coïncide si bien avec cette manière de voir, que, dans son opinion, la cause prochaine de la maladie est due à l'inflammation des symphyses, des veines, des lymphatiques et des nerfs.

Tilbury Fox (4) a publié un mémoire remarquable dans lequel il considère la maladie comme dépendant « d'un empêchement au retour du sang et de la lymphe de la partie malade. » Les causes extrinsèques comprennent tous les cas de compression des vaisseaux par des tumeurs, des abcès, etc. Les causes intrinsèques produisent toutes la coagulation du sang. Telles sont les modifications inflammatoires des parois vasculaires produisant la coagulation du sang.

Humphrey, de Cambridge (5), attribue la maladie à une faculté surnaturelle de coagulation de la fibrine du sang, et à la perte de son dissolvant naturel.

Jusqu'ici donc il paraît établi : 1° que dans la phlegmatia dolens il y a inflammation des veines de la cuisse et de la jambe ; 2° que les traces de cette inflammation se trouvent à la naissance de ces veines dans l'utérus ; 3° qu'au moins, dans un certain nombre de cas, les lymphatiques et les nerfs participent à l'inflammation, bien que probablement pas tout d'abord, non comme cause première.

(1) Lee, *Lancet*, 21 mai 1853, p. 480.
(2) Capuron, *Traité des maladies des femmes*, Paris, 1812, p. 551.
(3) Burns, *Midwifery*, p. 64.
(4) Tilbury Fox, *Trans. of obstetrical Soc. of London*, vol. II, p. 201.
(5) Humphrey, *British medical Journal*, juillet 1859.

Mais il reste encore deux questions très-importantes : 1° l'inflammation prend-elle naissance dans la veine crurale elle-même, ou prend-elle naissance dans l'utérus, pour s'étendre le long de la veine ? 2° L'inflammation de la veine ne peut-elle pas être due à quelque condition spéciale primitive, comme par exemple un état morbide du sang lui-même ?

A l'appui de cette dernière opinion, Mackensie (1) a entrepris une série d'expériences sur les animaux ; il a essayé : 1° l'application de ligatures sur les veines iliaques ; 2° l'irritation chimique et mécanique de leurs parois internes ; 3° il a continué pendant un certain temps la compression sur les veines fémorales au moyen de plaques métalliques. Sans entrer plus avant dans le détail de ces expériences, je donnerai les conclusions que l'auteur en a tirées : 1° que l'inflammation des veines iliaques ou fémorales ne peut être considérée comme l'origine de la phlegmatia dolens ; 2° que l'oblitération étendue des veines qu'on rencontre dans cette maladie n'est pas produite par des causes purement locales, telles que l'inflammation de ces vaisseaux ; 3° que l'irritation de la paroi interne des veines, indépendante de telles altérations, ne donnerait lieu qu'à une une oblitération proportionnée à l'irritation qui a donné lieu ; 4° que l'irritation étendue de la paroi interne des veines, produisant l'oblitération et tous les phénomènes de la phlébite, peut être déterminée par la présence dans le sang de matières nuisibles ; 5° qu'on doit rechercher l'origine de la maladie plutôt dans l'altération du sang que dans aucune lésion locale : inflammation ou maladie des veines (2). »

Cette manière de voir a été plus profondément étudiée depuis.

Malgré le talent reconnu de l'auteur, nous devons dire que de pareilles expériences nous paraissent peu propres à élucider les effets de la maladie, et, d'autre part, comme dans cette maladie il existe le plus souvent les deux conditions réunies, c'est-à-dire l'inflammation des veines et une cause possible de viciation du sang, il nous sera impossible de déterminer exactement la part de chacune de ces causes. Après un examen minutieux, mais sans vouloir m'exprimer d'une façon dogmatique, voici les conclusions auxquelles mon expérience m'a conduit : 1° dans la phlegmatia dolens des femmes en couches, le phénomène morbide le plus frappant est l'inflammation et l'oblitération des veines ; 2° dans la plupart des cas, cet état inflammatoire s'étend aux veines de l'utérus, où, suivant toute probabilité le mal a pris sa source ; 3° toutefois des considérations de diverses natures nous ont conduit à conclure que la maladie des veines crurales n'est pas une propagation rétrograde de l'inflammation des veines utérines, mais bien que le phénomène primitif est une altération du sang, que les effets produits sur la jambe ont commencé isolément, de telle façon que la phlébite utérine et crurale, quoique anatomiquement continue, est pourtant pathologiquement distincte ; 4° qu'une altération du

(1) Mackensie, *Medico-chirurgical Society*, 1853.
(2) Mackensie, *Lancet*, 9 mars 1853, p. 276.

sang, qu'elle soit primitive ou secondaire, peut être dans la plupart des cas, sinon dans tous, considérée comme un élément de la maladie, plus important qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. Ces conclusions comprennent tous les cas de phlegmatia dolens dans l'état puerpéral ou en dehors de ces conditions, même dans les cas qu'on observe chez l'homme. Je crois donc qu'elles peuvent fournir une explication (si tant est qu'on en puisse donner une) de la plupart des phénomènes vitaux de la maladie. Elles sont toutes appuyées sur des autopsies. En même temps on ne peut pas nier qu'il y ait encore un large champ ouvert aux recherches sur l'état du sang dans les parties malades. Ni la chimie, ni le microscope, n'ont encore dit leur dernier mot.

§ VI. — Causes.

Les causes occasionnelles paraissent être généralement le froid ou quelque trouble utérin antérieur. Dans presque tous les cas que j'ai observés, les accouchées avaient quitté leur lit trop tôt après l'accouchement.

§ VII. — Pronostic.

Nous ne pouvons pas dire que la maladie soit exempte de tout danger, surtout quand elle est intense ; cependant la proportion des morts est si petite que le plus souvent, même dans des cas sérieux, notre pronostic peut être favorable. Le danger, je le crois, peut être calculé d'après l'état de l'utérus. J'ai aussi vérifié la remarque de Stokes, qui prétend que la gravité des symptômes généraux est souvent en raison inverse du gonflement de la jambe.

[[Cependant le pronostic présente toujours une certaine gravité, car il n'est pas impossible de voir survenir la mort subite, quand quelque caillot vient à se détacher sous l'influence des mouvements de la malade et est entraîné dans la circulation.]]

§ VIII. — Diagnostic.

Les signes caractéristiques de la maladie sont : l'époque de son invasion après l'accouchement; les symptômes utérins antérieurs; la douleur le long de la cuisse et de la jambe ; le gonflement, mais surtout l'état de la veine fémorale, qui est douloureuse, dure, ressemblant à une corde. Quand la plupart de ces symptômes existent, il ne peut y avoir aucun doute sur la nature de la maladie.

§ IX. — Traitement.

L'état de la patiente après l'accouchement devra, de toute nécessité, faire varier l'activité du traitement.

En thèse générale, on n'aura pas besoin de recourir à la saignée; cependant, si la patiente est pléthorique, si elle est à peu près rétablie de son accouchement et si la maladie débute violemment, on pourra conseiller des sangsues en quantité proportionnée à l'intensité du mal, appliquées sur le trajet de la veine fémorale, dans les aines ou au mollet; des cataplasmes favoriseront après leur chute l'écoulement du sang. Si le soulagement n'est pas très-marqué, on pourra en renouveler l'emploi en nombre moindre, une fois ou deux encore.

Comme il existe presque toujours en même temps des troubles intestinaux, on administrera des remèdes appropriés à leur état. S'il n'y a pas de diarrhée, on donnera un laxatif (1) et de préférence un purgatif salin. J'ai eu beaucoup à me louer du tartre stibié donné en même temps que le purgatif pendant la période aiguë. On pourra également avoir recours aux purgatifs salins effervescents. Les opinions varient sur l'effet des vésicatoires. Quelques auteurs les considèrent comme de véritables spécifiques.

Sankey (2) en parle dans les termes suivants. « Ce que je considère comme un véritable spécifique, c'est un vésicatoire appliqué sur le mollet aussitôt que la maladie est constatée. J'applique le premier sur le mollet; car c'est là que la douleur est tout d'abord la plus vive, et je crains moins qu'il ne se guérisse pas que si je l'appliquais plus bas. Si le besoin s'en fait sentir, je répète le vésicatoire tous les deux ou trois jours, et j'applique les suivants au-dessus et au-dessous du premier, suivant le siége de la douleur. D'autres, comme Dewees, le rejettent comme nuisible. Suivant moi, ils sont souvent utiles, quoique je croie, dans bien des cas, les fomentations térébenthinées tout aussi avantageuses.

Dans les cas plus aigus, plus graves, et surtout s'il y a des preuves d'irritation ou d'inflammation de l'utérus, il sera bon de donner de petites doses de calomel et d'opium jusqu'à ce que les symptômes sérieux aient cédé ou jusqu'à ce qu'on ait placé toute l'économie sous l'influence du mercure. Dans les cas plus légers, on conseillera un purgatif mercuriel dont il sera très-rarement utile de continuer l'usage régulier. Quand la douleur est vive, quand la malade est irritable, agitée, privée de sommeil, on se trouvera bien des opiacés, et concuremment Denman recommande les diaphorétiques et les diurétiques (3).

Lorsque ces moyens ont fait justice de la période aiguë, que les symptômes généraux se sont amendés, il faudra modifier le traitement; on fera sur le membre malade une légère compression au moyen d'une bande de flanelle, on fera des fomentations térébenthinées ou légèrement excitantes. Denman dit à ce sujet : « Alors à ce moment, *mais pas avant*, on fera sur la jambe une très-légère compression au moyen d'une bande de flanelle,

(1) Dewees, *Diseases of females*, p. 492.
(2) Sankey, *Edinb. med. and surg. Journal*, vol. X, p. 402.
(3) Denman, *Introduction to midwifery*, p. 509.

qu'on serrera lentement et graduellement chaque jour. On fera des onctions avec le liniment volatil ou avec un liniment ainsi composé :

℞ Liniment de savon	3 parties.
Teinture de cantharides	1 partie.

auquel on ajoutera quelquefois une légère quantité d'onguent mercuriel. On a préconisé aussi à cette période l'application successive de petits vésicatoires, et cela avec grand avantage. On a essayé de l'électricité, mais je ne me considère pas comme un bon juge de ce moyen thérapeutique. Beaucoup de malades se sont évidemment bien trouvées de l'usage longtemps continué de bains de mer chauds, et on doit les encourager à prendre avec grande modération un peu d'exercice. On pourra donner aussi, avec grande utilité, des toniques, la décoction d'écorce de quinquina associée à de l'acide sulfurique dilué. A tous ces moyens, on joindra une alimentation convenable, graduellement augmentée ; bouillons, vin, bière, etc. Si, à un moment donné de la maladie, les lochies prenaient de l'odeur, on emploierait deux ou trois fois par jour des injections d'eau, ou d'eau et de lait tiède.

[Dans le traitement il ne faudra pas négliger de donner au membre une attitude favorable. On le placera dans l'élévation, en ayant soin de veiller que le membre, dans toute son étendue, porte également sur le plan incliné]. [[On recommandera à la malade de ne pas faire de mouvements trop considérables et surtout d'éviter de se lever, dans la crainte de favoriser le détachement d'un caillot qui pourrait déterminer une embolie de l'artère pulmonaire rapidement mortelle.]]

CHAPITRE IV

FOLIE PUERPÉRALE

La femme peut être atteinte de folie puerpérale pendant la grossesse ou pendant le travail, ou après l'accouchement. La folie, dans les deux derniers états, occupera notre attention dans ce chapitre. Le délire temporaire qui survient pendant le travail a été décrit par Montgomery. Elle apparaît surtout à deux périodes du travail; d'abord au passage de la tête au travers du col utérin et ensuite au moment où elle franchit l'orifice. Il semble qu'on doive en attribuer l'explosion aux souffrances extrêmes de cette période, agissant sur un tempérament irritable et nerveux. L'accès est temporaire et ne dure généralement que quelques minutes et se calme aussitôt. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que le malade a presque toujours conscience de ces divagations. Montgomery fait les remarques suivantes : « Cet accès vient subitement, pendant un travail même naturel,

et plus fréquemment au moment spécial dont j'ai parlé (dilatation de l'orifice). Il n'est accompagné ou suivi d'aucun autre symptôme inquiétant. Il survient au moment même où la malade vient de causer gaiement; et après avoir duré quelques minutes, il disparaît, la laissant calme et parfaitement lucide, et ne revient plus alors même que la suite du travail est plus lente et plus douloureuse. Dans tous les cas que j'ai eus sous les yeux, les malades avaient conscience qu'elles avaient déliré, et souvent même s'excusaient de ce qu'elles avaient pu dire de désagréable, bien qu'elles ne se rendissent pas compte de ce qu'elles avaient dit. »

J'ai vu plusieurs cas de ce genre, et, sans aucune exception, ils concordent très-exactement avec la belle description de Montgomery (1). Dans un cas de délire qui survint d'abord pendant la dilatation de l'orifice utérin, au moment où la tête franchissait l'orifice, la malade me disait qu'elle se rendait parfaitement compte qu'elle déraisonnait, mais qu'elle s'était en vain efforcée d'y résister. Montgomery attribue cette incohérence momentanée aux souffrances qui accompagnent la distension et la dilatation forcée de l'orifice, et l'on ne peut mettre en doute, je crois, la vérité de cette explication.

Je passerai maintenant à l'examen de la manie puerpérale, ou à cette forme de folie qui attaque les accouchées peu après la délivrance, ou au début de l'allaitement. C'est une maladie désolante en elle-même, mais doublement désolante en ce qu'elle survient dans un moment généralement si rempli de joie. Nous ne pouvons cependant nous étonner de la susceptibilité qui se manifeste alors, quand nous nous rappelons que le système sexuel, chez la femme, est une série d'organes qui n'agit que pendant la durée de la moitié de la vie naturelle de l'individu ; et que même pendant cette moitié ils ne sont en action qu'à intervalles. Pendant ces intervalles ils répandent une excitation extraordinaire dans tout le système nerveux, comme le prouvent les affections hystériques de la puberté, la susceptibilité nerveuse qui accompagne chaque période menstruelle, les affections auxquelles donnent lieu les phases de la génération et la susceptibilité nerveuse des femmes en couches (2).

§ I. — Fréquence.

Les cas de folie puerpérale ne sont pas rares. Esquirol (3) établit qu'à la Salpêtrière, sur 600 femmes aliénées, 52 étaient atteintes de ce genre de folie, et que sur 1119 cas admis en quatre ans, il y en avait eu 92 de folie puerpérale. Il trouva cette maladie proportionnellement plus fréquente chez les femmes d'une position sociale plus élevée, car sur 114 cas de

(1) Montgomery, *Dublin Journal*, mars et mai 1834, vol. V, p. 61.
(2) Gooch, *On the more important diseases of women*, p. 127.
(3) Esquirol, *Des maladies mentales*. Paris, 1838, t. I, p. 115. *De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices.*

dérangement d'esprit survenu chez des femmes du monde, 21 cas survinrent pendant les couches, ou pendant l'allaitement.

Haslam a observé que sur 1644 femmes, dans l'asile de Bethlem, 84 étaient atteintes de ce genre de folie, et Rush en mentionne 5 sur 70 dans l'asile de Philadelphie. L'attaque peut n'être dans bien des cas que la suite ou le développement des affections nerveuses de la grossesse. Plus les troubles nerveux de la grossesse touchent aux déviations mentales, plus l'accès maniaque est probable après la délivrance (1).

[Marcé, en 1856, sur 242 malades admises dans le service de M. Mitivié, à la Salpêtrière, a noté 9 cas seulement de folie puerpérale. Le même auteur, en résumant toutes les statistiques, a trouvé que sur 310 cas de folie puerpérale, 27 se sont développés pendant la grossesse, 180 à la suite de l'accouchement, et 103 pendant la lactation ; il ajoute que, sans attacher à ces chiffres une valeur absolue, on peut en tirer cette conclusion, que la folie puerpérale est de beaucoup plus fréquente après l'accouchement que pendant la grossesse.]

Il existe des périodes auxquelles les femmes paraissent plus exposées à la folie puerpérale. 1° Aussitôt après l'accouchement, on a désigné cette variété de vésanie sous le nom de *Paraphrosyne puerperarum.* 2° Quatre ou cinq jours après la délivrance, quand la sécrétion du lait est tout à fait établie, on la nomme *Mania lactea.* Burrowes ajoute encore une troisième période après le quatorzième ou quinzième jour, et il attribue le développement de la maladie à l'influence du froid sur la sécrétion du lait. Je trouve que dans les observations d'Esquirol, 16 femmes furent prises de délire du premier au quatrième jour ; 21 du premier au quinzième jour ; 17, du seizième au soixantième jour ; 19, du soixantième jour au douzième mois, et 19 après un sevrage forcé ou volontaire. Dans les faits de Burrowes, 33 femmes furent atteintes avant le quatorzième jour ; 11 après le quatorzième et avant le vingt-huitième jour.

§ II. — Symptômes.

Les signes prémonitoires varient beaucoup. D'un côté la prédisposition héréditaire, ou les accidents nerveux, pendant la grossesse, sont des signes précurseurs. Mais, dans la plupart des cas, nous constaterons un grand épuisement joint à une grande excitabilité, de la céphalalgie, de l'insomnie. L'accès peut accompagner ou suivre les convulsions, comme je l'ai observé dans bien des circonstances. Haslam fait remarquer que les premiers symptômes de l'invasion de la folie après l'accouchement sont l'insomnie, la congestion de la face, une douleur constrictive dans la tête, l'état morbide des yeux, l'expression pour ainsi dire sauvage du regard ; la sécrétion laiteuse diminue, et, lorsque les désordres cérébraux augmentent, elle se tarit complétement.

(1) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes.* Paris, 1858.

Les auteurs signalent spécialement deux variétés de vésanie puerpérale. 1° Les cas où il existe de la mélancolie ou de la manie ; 2° ceux où il existe une inflammation des méninges. Dans les premiers cas, on a affaire à la véritable folie puerpérale, dans laquelle on distingue encore les cas où il existe de la fièvre, et ceux où il n'y a pas de fièvre. La manie, dit W. Hunter (1), n'est pas rare dans le cours du mois, mais elle est de cette espèce dont les malades guérissent toujours. *Quand elles ont perdu toute conscience, quand elles ont en même temps de la fièvre, comme dans la paraphrénésie, suivant toute probabilité, elles sont vouées à la mort.* Mais si la fièvre n'existe pas, la maladie n'est pas fatale, quoique cependant il survienne presque toujours un mouvement fébrile avant le rétablissement complet. J'ai vu un certain nombre de malades, à moi, et j'ai été appelé chez d'autres à qui l'on avait administré des médicaments stimulants, à qui l'on avait appliqué des vésicatoires. Elles ont continué à divaguer jusqu'à ce que la maladie se soit guérie, puis elles ont repris la direction de leurs facultés. C'est là une espèce de folie qui guérit, mais je ne connais aucun moyen réellement utile à lui opposer. « Réunissant, dit Gooch, cette opinion de W. Hunter et les résultats de ma propre expérience, j'en tire les conséquences suivantes : Il existe deux formes de folie puerpérale, celle qui est accompagnée de fièvre et celle pendant laquelle la circulation ne subit qu'une modification peu marquée. Ces derniers cas, qui sont en même temps les plus nombreux, guérissent toujours, tandis que les premiers sont presque fatalement mortels. » Mon expérience m'a conduit aux mêmes conclusions. Burrowes constate qu'il n'a jamais vu un seul cas accompagné de fièvre, à moins que ce ne fût au moment même de la montée du lait, ou à moins qu'il n'existât quelque inflammation de la mamelle, ou bien que ce ne fût au jour d'un sevrage obligé, alors qu'il y avait abondance de lait. Cette opinion me paraît être loin d'être toujours exacte. J'ai observé bien des cas de folie avant l'établissement de la sécrétion laiteuse, et le pouls était fréquent, la peau chaude, il y avait de la soif et de la sécheresse de la langue, etc.

Dans une variété, nous observons que l'accès est précédé d'insomnie, d'excitation, de céphalalgie, et, après un certain temps, l'esprit est complétement dévié. La patiente peut être joyeuse ou mélancolique, elle chantera et parlera sans cesse, et elle conservera le mutisme le plus absolu, elle sera soupçonneuse, elle entendra des injures imaginaires prononcées par son mari ou ses amis, elle oubliera son enfant. La chaleur de la peau peut être légèrement augmentée ; la tête peut être brûlante, douloureuse, offrant une sensation de pression, de constriction ; elle peut être le siége de battements. Quelques malades ont des bourdonnements dans les oreilles ; la peau est généralement moite, mais décolorée, la face est pâle, la langue est blanchâtre et chargée. Le ventre est souple, générale-

(1) Hunter, *Medical Observations and Inquiries*, t. VI.

ment indolent. Le pouls est petit, mais calme, il n'y a que peu de sommeil, la soif est modérée ; les intestins sont paresseux. Les garde-robes sont en général fétides. [Esquirol a signalé comme symptômes spéciaux : 1° le facies des malades, qui, dit-il, offre quelque chose de particulier, qu'il ne décrit pas, il est vrai, mais auquel un médecin habitué à soigner des aliénés (1) ne se trompe guère; 2° l'odeur singulière qu'exhalent les femmes maniaques pendant l'état puerpéral, et qui ne diffère pas de celle qu'exhalent les sécrétions des nouvelles accouchées en dehors de toute espèce de vésanie.]

D'autres fois, nous trouvons la peau plus chaude, le pouls est petit et fréquent, la face est souvent pâle, quelquefois cependant congestionnée, les yeux sont injectés, hagards, et il existe un délire qui ressemble plus à celui de la fièvre ; la langue est sèche et brunâtre en même temps qu'il existe des fuliginosités sur les dents.

Burrowes a décrit un accès de folie puerpérale notablement différent de celle qui précède. « Dans tous les cas, l'invasion a eu lieu avant le quatorzième jour qui suivait la délivrance. Elle est précédée par l'insomnie, les idées sont d'abord rapides, confuses, il apparaît des images analogues à celles qui se produisent dans les rêves. Puis, le délire est enfin confirmé par la consistance que prennent ces hallucinations dans l'esprit de la malade. Les actes et les paroles s'harmonisent avec ces hallucinations. Le système musculaire n'est que peu mis en action d'une manière violente, quoique la malade fasse des tentatives répétées pour sortir de son lit, sans but arrêté. Généralement, au contraire, elle reste couchée sur le dos, l'expression de la physionomie est nulle, les yeux sont à demi fermés ou restent fixés dans le vague; quelquefois ils suivent quelque objet imaginaire. Les conjonctives sont souvent très-injectées ; les pupilles sont peu contractiles; la tête est brûlante, la peau chaude et flasque, et l'on observe au niveau du cou et de la gorge une sueur limitée en ce point et assez abondante. La malade marmotte constamment des mots sans suite, elle perd la conscience d'elle-même, à moins qu'elle ne soit fortement excitée. Si on lui parle, elle fait des réponses brèves, parfois sensées, mais elle retombe aussitôt dans son indifférence. Le pouls est fréquent, ondulant, les lochies et la sécrétion laiteuse sont supprimées. Vers le quatrième ou le cinquième jour, la faiblesse devient plus grande, le coma est plus profond, le pouls plus fréquent, plus petit et plus inégal ; il y a des soubresauts de tendons, de la carphologie, un dégoût profond des aliments solides ou liquides, les évacuations sont involontaires. La langue est à peu près normale ; mais elle est tremblotante, lorsqu'on engage la malade à la tirer de la bouche. » [Je dois signaler ici un signe indiqué par Baillarger, et qu'il n'a jamais vu manquer : c'est l'expectoration de larges crachats jaunâtres, sans toux, et indépendante de tout symptôme appréciable du côté des voies aériennes.]

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. II, p. 236, 1838.

La maladie se termine en général par la mort, du septième au huitième jour, et si la malade se rétablit, elle conserve quelque forme chronique de folie. Dans ces cas, on observe plus souvent la mélancolie que la manie. [Cette forme de la folie puerpérale me paraît bien plutôt devoir être rapportée à cette complication de la manie que les aliénistes français ont décrite sous le nom de *délire aigu*, et dont la description se confond avec la *phrenitis* des Anglais.]

Il n'est pas douteux que l'inflammation du cerveau ou des méninges puisse survenir pendant l'état puerpéral; mais, comme le fait est rare et n'appartient pas directement à notre sujet, je m'abstiendrai d'en parler ici.

Ainsi donc, nous pouvons observer un accès de folie survenant au moment de l'accouchement, ou du quatrième au quatorzième jour, avec ou sans symptômes précurseurs. Il existe deux variétés, l'une où le pouls est fréquent, l'autre où il est normal. Une troisième variété est analogue à la fièvre lente. On n'a pas à s'occuper de l'état de l'utérus; de ce côté, en effet, il n'y a pas de symptômes à noter d'une manière spéciale, et enfin la malade est hors d'état de donner à nos questions des réponses précises. En tant que mon expérience me permet de juger la question, je dirai : 1° que chez certaines malades il n'existe aucune complication du côté de l'utérus; 2° que chez d'autres l'utérus peut être malade en même temps qu'il existe une vésanie ; 3° que chez certaines femmes on peut, dès le début, noter des désordres utérins, lochies fétides, sensibilité dans la région hypogastrique, enfin suppression du lait. Je crois qu'une division en deux catéogries de ces cas correspondra assez exactement à la classification de Gooch, d'après le pouls. Dans tous les cas, les fonctions de l'estomac et des intestins sont profondément troublées; les caractères de la folie n'offrent, en somme, rien de spécial à l'état puerpéral.

§ III. — Marche, durée, terminaison.

La marche, la durée et la terminaison de l'accès peuvent être très-variables. Burrowes dit que quelquefois les accès légers qui surviennent aussitôt après l'accouchement céderont à un purgatif doux ou à des opiacés. Des 92 cas cités par Esquirol, 55 se rétablirent; 4 dans le premier mois, 5 dans le cinquième mois, 9 dans le sixième, 15 entre le sixième et le vingt-quatrième, 2 après deux années. Dans les 37 observations de Burrowes, 35 malades guérirent; 9 dans le premier mois, 5 dans le deuxième, 5 dans le troisième, 3 dans le quatrième, 2 dans le cinquième, 4 dans le sixième et dans le septième, 2 dans le huitième, 1 dans le neuvième, 1 dans le douzième, 1 dans le quatorzième et 1 dans le vingt-quatrième, c'est-à-dire que 28 se rétablirent dans les six premiers mois; sur les 80 malades de Haslam, 50 furent guéries.

Mais la maladie peut durer beaucoup plus longtemps. Dans les cas observés par Esquirol, 6 femmes moururent : 1 six mois après la délivrance,

1 après un an, 2 après dix-huit mois, 1 après trois ans et la sixième après cinq ans. Dans le tableau de Burrowes, il est établi que 1 de ses malades guérit après deux ans, 1 après trois ans, 2 après quatre ans, 1 après six ans et une autre après sept ans ; et il ajoute n'avoir jamais rencontré une seule malade réduite à l'état d'imbécillité permanente par la manie puerpérale. Des 92 cas d'Esquirol, 6 moururent, c'est-à-dire 1 sur 15 ; des 80 cas de Haslam, 50 guérirent ; des 57 cas de Burrowes, 10 moururent ou 1 sur 6 : 7 dans les douze jours qui suivirent l'accès de délire, 2 dans l'espace de sept semaines, et 1 après quatre mois. 2 d'entre ces malades avaient des maladies aiguës de l'utérus, et 2 autres moururent de rechutes, après avoir guéri une première fois de manie puerpérale. De tout ceci, nous concluons que le nombre des guérisons est très-considérable. Sur 229 cas, 146 guérirent, c'est-à-dire plus de la moitié ; sur 90 des malades guéries, 66 guérirent dans l'espace de six mois, et les autres à des intervalles inégaux dans l'espace de deux ans. Quelques-unes restèrent malades beaucoup plus longtemps, quatre, cinq, six et sept ans. Mais, d'un autre côté, on a quelquefois constaté un plus grand nombre de morts ; 1 sur 16 à la Salpêtrière, et 1 sur 6 dans les observations de Burrowes.

Je ne crois pas, du reste, que les statistiques faites dans un asile d'aliénées puissent servir de base au degré de mortalité due à la manie puerpérale, car les malades n'y sont envoyées que lorsque l'affection a pris un caractère plus ou moins chronique. Un grand nombre de celles qui guérissent, se rétablissent très-peu de temps après l'accouchement, comme dans deux cas que j'ai observés récemment, et qui guérirent dans l'espace de dix jours. Les malades d'une position sociale plus élevée ne sont placées dans une maison de santé que rétablies complétement des suites de leur accouchement et après que tout traitement ordinaire a été épuisé. D'un autre côté, la mort survient souvent dans le mois qui suit l'accouchement. « La manie, dit Gooch, qui apparaît immédiatement après la délivrance, est plus dangereuse que la mélancolie qui survient après plusieurs mois. » Il ajoute encore que pas une de ses malades ayant le pouls lent ou modérément excité ne mourut, tandis que dans les cas fatals, le pouls était toujours fréquent. Cependant il a vu de ses malades au pouls fréquent guérir. Dans les deux cas auxquels je faisais allusion tout à l'heure, le pouls était très-fréquent, et cependant les deux malades guérirent. « De bonnes nuits, un pouls lent et ferme, alors même que le désordre mental serait aussi prononcé, assurent la conservation de la vie ; au contraire, de continuelles insomnies, un pouls fréquent, faible et irrégulier, et tous les symptômes d'épuisement croissant, alors même que l'état mental paraîtrait meilleur, annonce une terminaison fatale très-prochaine. Si ce n'est une seule fois, tous les cas que j'ai vus se terminer fatalement, les malades mouraient avec tous les symptômes d'épuisement bien plus qu'avec ceux d'une lésion cérébrale (1). Quant à moi, pour asseoir un pronostic, la présence ou l'ab-

(1) Gooch, *On diseases of women*, p. 124.

sence de complications utérines, et la fréquence du pouls, seraient d'une très-grande importance. Toute complication doit évidemment diminuer les chances de guérison.

[D'après les statistiques de Marcé (1), le chiffre des guérisons représenterait les deux tiers du nombre total des malades.]

§ IV. — Causes.

J'examinerai maintenant les causes probables de cette désolante maladie. Il semble peu douteux que dans un grand nombre de cas (Burrowes dit dans la moitié, et peut-être dans plus de la moitié, et Gooch est du même avis) la prédisposition est héréditaire, et que par conséquent un désordre mental pendant la grossesse rend infiniment probable un accès de manie puerpérale. L'insomnie, qui augmente d'une manière si effrayante l'irritabilité nerveuse, semble généralement une cause prédisposante. Parmi les causes, nous trouvons le froid, l'irritabilité, les inquiétudes, les irrégularités de régime, le désordre des entrailles, une sécrétion excessive de lait. L'attaque peut encore accompagner ou suivre des convulsions comme dans un cas que j'ai été appelé à soigner il y a peu de temps. Les écrivains français donnent une très-grande importance aux causes morales. Esquirol, comme je l'ai déjà dit, établit qu'il y a quatre fois plus de malades atteintes par des causes morales qu'il n'y en a par des causes physiques; et Georget dit que, sur dix-sept cas, il n'y en eut que deux qui n'étaient pas dus à des causes morales. Pendant l'invasion de la France, en 1814-15, sur quatorze cas, onze étaient dus à la frayeur. Les écrivains anglais n'attribuent pas une aussi grande influence aux causes morales. [L'anémie, le nombre des grossesses, l'âge, sont autant de causes prédisposantes qui ont leur importance; à mesure que les femmes s'éloignent du moment où les fonctions de la génération jouissent de toute leur énergie, la folie puerpérale est plus fréquente (2)].

Quant à la *cause prochaine* ou pathogénie, il n'est pas si facile d'en parler positivement. 1° De ce que l'accès survient souvent immédiatement après la délivrance, quelques-uns l'ont attribué à une maladie du système utérin. J.-P. Falret (3) cite un cas où un cancer provoqua le développement de la manie; Brierre de Boismont a rapporté un cas de manie provenant d'une inflammation de l'utérus. Cooke découvrit dans deux cas de manie puerpérale que l'utérus était malade; Burrowes dit avoir vu, chez deux malades pour lesquelles il avait été consulté, l'avortement et la manie provenant d'inflammation de l'utérus. Deux des cas suivis de mort, indiqués dans la statistique Burrowes, étaient accompagnés de maladie de l'utérus, mais nous ignorons si cette maladie précéda ou suivit l'accès de

(1) Voir les tableaux statistiques donnés par Marcé, p. 66, 67.
(2) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes*. Paris, 1858, p. 209.
(3) J.-P. Falret, *Des maladies mentales*. Paris, 1864.

manie. Dans une des espèces de manie puerpérale décrite par Burns, il dit : « Le délire se rattache à l'état de l'utérus, particulièrement à celui des veines qui sont enflammées » (1). Montgomery (2) a rapporté un cas de manie puerpérale dans lequel l'utérus et les ovaires étaient dans un état marqué d'inflammation, et Hardy en rapporta un autre dans lequel la péritonite existait, mais n'avait pas été reconnue avant la mort. J'ai certainement rencontré l'inflammation utérine accompagnant la manie puerpérale, mais qu'elle existât antérieurement, je ne puis le certifier, les symptômes ordinaires faisant défaut. Néanmoins ces cas, les seuls que j'aie pu réunir, sont si peu nombreux comparés à ceux dans lesquels il n'y a eu aucune inflammation de l'utérus, que, sans nier la possibilité d'un lien entre l'état de l'utérus et la manie puerpérale, il est clair que nous ne pouvons pas uniquement l'attribuer à une maladie organique de cet organe.

2° D'autres auteurs considèrent cette maladie comme une inflammation du cerveau, ou de ses membranes. Il est maintenant avéré que ces cas existent, mais qu'ils sont rares. On prétend que, dans les cas ordinaires, la manie puerpérale ne provient pas d'inflammation, et les résultats des autopsies militent en faveur de cette opinion. Burns, Campbell, Davis et Lee, et d'autres encore en parlent comme d'une variété de la manie aiguë. Burrowes, Pritchard, Gooch, etc., ne croient pas à la nature inflammatoire de la maladie. Gooch s'exprime de la façon suivante :

« Dans la première observation, la maladie survint chez une femme pâle qui ne présenta aucune accélération du pouls, qui n'eut pas de chaleur à la peau, et une émission sanguine apporta une amélioration rapide. Dans l'observation n° 3, l'affection fut le résultat d'un allaitement prolongé qui avait amené un affaiblissement considérable. Le n° 5 était une femme anémique sujette à des attaques d'hystérie, ayant accouché plusieurs fois d'enfants morts. Le n° 6 était une femme qui, à la suite de pertes de sang, nécessitées par des motifs impérieux, avait été réduite à une faiblesse excessive. Le n° 7 était une femme qui, par suite d'inanition prolongée pendant une semaine, présentait des signes de débilité tels que, lorsque je la vis, je la croyais sur le point de succomber à quelque affection qui avait été méconnue. Les accidents furent apaisés, non par des émissions sanguines, mais par l'usage de l'opium, qui exerça une action sédative sur son système nerveux. Dans l'observation VIII, la maladie fut traitée par les sangsues, les ventouses, les purgatifs et la diète, comme s'il se fût agi d'une inflammation encéphalique. La patiente succomba, non pas avec les symptômes de débilitation cérébrale, mais avec tous les signes d'un épuisement profond, et à l'autopsie nous trouvâmes tout le système veineux vide d'une façon exceptionnelle. La malade qui fait le sujet de l'observation n° 10 tomba comme foudroyée sous l'influence de la saignée. Dans le cerveau, on ne trouva aucun épanchement, et les vaisseaux étaient vides. La malade de l'observation n° 11 fut prise après des convulsions puerpérales (une affec-

(1) Burns, *Midwifery*, p. 119.
(2) Montgomery, *Dublin obstesrical Society*.

tion qui dépend quelquefois, mais non pas toujours, d'une congestion encéphalique), et pour lesquelles on avait fait une de ces larges saignées si usitées en pareil cas. L'autopsie ne révéla aucune lésion cérébrale. Ces observations de folie puerpérale nous conduisent tout droit à cette conclusion que cette affection n'est due ni à la congestion, ni à l'inflammation cérébrale, mais bien à une excitation survenant dans un organe affaibli (1). »

Ajoutons à cela que l'examen le plus rigoureux n'a jamais fait découvrir à Esquirol un vestige d'inflammation cérébrale.

3° Marshall Hall croit que la maladie résulte en général de l'ensemble des conditions qui constituent l'état puerpéral, mais elle lui semble surtout se lier à l'état d'irritation intestinale, coïncidant avec des pertes de sang considérables. Je suis convaincu, ajoute-t-il, que la véritable manie puerpérale est relativement une maladie peu commune, qu'elle offre rarement des caractères inflammatoires, qu'elle est bien plutôt justiciable des moyens thérapeutiques qui conviennent à l'irritation intestinale accompagnée d'un grand état d'épuisement (2). L'extrait que j'ai donné plus haut du livre de Gooch témoigne suffisamment que la plupart des observations ont trait à des femmes soumises à une cause quelconque d'épuisement; nous voyons en même temps, d'après la majorité des auteurs, que les fonctions de l'estomac et des intestins sont troublées, ce qui vient à l'appui de l'opinion de Marshall Hall. Cependant je ne pense pas que ce soit là toute la vérité, la question me semble offrir encore des *desiderata*.

L'explication de Gooch, fondée sur les susceptibilités nerveuses inséparables de la fécondation et de la grossesse, quoique très-plausible, me paraît de toute nécessité offrir du vague. L'opinion de Ferriar n'est pas beaucoup plus précise. Je suis disposé à considérer la folie puerpérale comme une sorte de métastase. Pendant la gestation et après l'accouchement, quand le lait commence à couler, l'équilibre de la circulation est si profondément troublé, que la moindre cause excitante me paraît devoir apporter de grands désordres. Si, par exemple, l'impression du froid à la tête, des bruits violents, ou des pensées pénibles viennent assaillir ou troubler une femme avant que la circulation mammaire soit régulièrement établie, il peut se faire une irruption insolite du sang vers le cerveau, et l'on voit se produire alors ou l'hystérie, ou la folie, suivant l'intensité de la cause excitante. »

Simpson a émis l'avis qu'il pouvait y avoir une connexion entre le développement de ces phénomènes cérébraux et l'albuminurie. Il rapporte que, dans les quatre derniers cas de manie puerpérale qu'il a observés, il a noté la présence de l'albumine dans les urines (3).

Peut-être est-il bon maintenant d'énumérer tout simplement les élé-

(1) Gooch, *Diseases of women*, p. 144.
(2) Marshall Hall, *Diseases of women*, p. 251.
(3) Simpson, *Edinburgh med. Journal*, février 1857, p. 761.

ments qui peuvent concourir à produire l'accès. Nous avons d'abord le choc nerveux, variable dans son intensité mais tendant toujours à augmenter l'irritabilité du système nerveux; les grandes modifications qui surviennent dans la circulation, les modifications des fonctions respiratoires; l'épuisement; dans beaucoup de cas les hémorrhagies; la réunion de ces conditions doit nécessairement mettre le système nerveux dans l'état le plus propre à se laisser impressionner par les causes excitantes que j'ai déjà signalées.

§ V. — Traitement.

Le traitement de la folie puerpérale est très-simple et très-restreint, pour ce qui est des agents thérapeutiques. Encore faut-il apporter dans leur application beaucoup de prudence et de jugement.

1° Les médecins qui la considèrent comme une variété de la phrénitis recommandent nécessairement des émissions sanguines plus ou moins abondantes. D'après ce que j'ai dit de la nature de la maladie, les émissions de sang seront le plus souvent inadmissibles, ou, si on les emploie, ce ne sera qu'avec la plus grande prudence, au moyen de sangsues, dans les cas où le pouls sera fort et fréquent, en même temps que la face sera congestionnée. Je n'en ai pour ma part jamais rencontré l'indication, et mon opinion se trouve confirmée par Esquirol, Haslam, Gooch, Burrowes et Pritchard. Ce dernier auteur considère que le plus grand péril, chez les femmes atteintes de folie puerpérale, « réside dans leur état d'épuisement; que beaucoup de malades succombent à cet épuisement peu après l'invasion de cette affection, et enfin que, si elles survivent à cette période, les facultés mentales reviennent ordinairement à leur état d'intégrité. La conséquence est donc pour lui que nous devons, avant tout, soutenir les forces à ce moment. Les émissions sanguines, en tant que méthode générale de traitement dans la folie puerpérale, sont hautement condamnées par tous les auteurs et praticiens dont l'opinion a quelque valeur » (1).

2° Quand l'estomac est chargé, quand les malades ont ingéré des aliments de digestion difficile, on donnera avec précaution des vomitifs. En dehors même de ces conditions, l'émétique aurait l'avantage, par la secousse même du vomissement, de faire tomber le pouls. On n'en sera cependant pas prodigue, surtout si la face est pâle, la peau froide et le pouls petit et fréquent. Gooch donne la préférence à l'ipécacuanha sur les antimoniaux; Burrowes recommande le tartre stibié à doses nauséuses, il donne en même temps la mixture saline et la digitale pour calmer l'excitation furieuse de la malade. Beatty me dit avoir usé, avec grand bénéfice, du tartre stibié.

3° Les désordres intestinaux m'ont conduit à conseiller un ou deux purgatifs doux, tel que le calomel, après lequel je donne l'huile de ricin ou

(1) Pritchard, *On Insanity*, p. 313.

la poudre de Grégory. Les garde-robes sont foncées en couleur, fétides ; les purgatifs ont l'avantage de vider les intestins, et ils constituent, en outre, un excellent moyen de dérivation.

4° Après que les intestins auront été débarrassés, on donnera avec avantage les narcotiques. Denman préfère de petites doses répétées d'opium. Gooch, Burrowes et Pritchard donnent l'opium à haute dose, et en cela je partage leurs avis. Ainsi 50 centigrammes de poudre de Dower, douze gouttes noires, ou l'équivalent, sous toute autre forme. Si l'opium n'est pas toléré, on donnera la jusquiame ; si le sommeil survient, on continuera l'usage de ces remèdes à petites doses répétées. Quand la tête est brûlante, quand la face est congestionnée, on suspendra l'administration des opiacés ; il faudra en même temps veiller à ce que la constipation ne survienne pas. Dans un cas que j'ai eu à soigner dernièrement, l'opium avait été impuissant à amener le sommeil, ou même à calmer l'excitation, des inhalations de chloroforme m'ont réussi à merveille. La malade se calma, cessa de parler, et s'endormait de temps en temps pendant une ou deux heures à la fois. Malgré ce succès apparent, la maladie eut une terminaison fatale, due à une complication inflammatoire du côté de l'utérus.

5° On pourra raser la tête et y faire des applications d'eau froide ; si le délire continue, on appliquera un vésicatoire, mais cela est rarement nécessaire.

6° Dans les cas qui se prolongent, ou quand la malade est épuisée, on conseillera une alimentation nourrissante, des bouillons, etc., et même des toniques, du quinquina avec de l'ammoniaque, de l'essence de térébenthine, du vin, etc.

7° Comme l'inflammation utérine complique ou suit très-fréquemment la manie puerpérale, il faudra en surveiller avec précaution les premiers symptômes et, aussitôt leur apparition, administrer le calomel à doses fractionnées, ou bien on fera des onctions mercurielles tout en ne négligeant pas les indications spéciales qui peuvent se montrer.

8° Il sera nécessaire de veiller constamment sur la malade. La garde, qui, autant que possible, sera familière avec ces sortes d'accès, ne quittera pas la chambre ; on éloignera impitoyablement tous les amis, l'appartement sera éclairé d'un demi-jour, et le calme le plus absolu régnera dans toute la maison.

9° Quand la folie s'évanouit, lorsque la convalescence s'établit, on conseillera un changement d'air et de lieu.

CHAPITRE V

FIÈVRE ÉPHÉMÈRE

Cette fièvre est constituée par un accès de courte durée auquel sont sujettes les femmes nouvellement accouchées, qui peut aussi survenir à une

période plus avancée de leur convalescence. Les femmes nerveuses y sont le plus exposées.

§ I. — Causes.

La cause la plus fréquente est l'impression du froid, soit lorsque l'accouchée est levée ou lorsqu'on la change de chambre, etc.; une digestion difficile, l'irrégularité des fonctions intestinales peuvent y donner lieu ; la fatigue, l'excitation, l'absence de sommeil, peuvent être aussi comptées au nombre des causes de cette indisposition.

§ II. — Symptômes.

L'accès débute ordinairement par un malaise général, des palpitations, une sensation de frisson avec céphalalgie, courbature et sensibilité du côté des seins ; le pouls devient fréquent et irrégulier, il y a de la soif, etc. Au moment même du début, ou même après l'invasion, le docteur Campbell a remarqué que la malade a des bâillements répétés, des pendiculations. Elle paraît en même temps languissante; puis survient une sensation de froid entre les épaules, s'étendant bientôt tout le long du dos, puis à tout le corps ; la malade se plaint de douleurs dans la tête et dans les grandes articulations. Quelquefois il existe un sentiment douloureux dans la région utérine, et si l'écoulement lochial existe on le trouve diminué, ainsi que la sécrétion du lait (1). A ces phénomènes succède une période de chaleur, la face est congestionnée ; il y a des battements dans les tempes, des douleurs sus-orbitaires ; le pouls est fréquent et plein, les seins sont douloureux, le ventre est sensible. Tous ces symptômes cèdent bientôt devant une sueur profuse et tout rentre dans l'ordre. La langue est chargée et il existe en même temps de la constipation. Pendant l'accès, la fièvre est quelquefois très-intense, et le malaise est grand relativement au mouvement fébrile. Il peut arriver que les idées deviennent confuses ; quelquefois même on observe du délire. Pendant ce temps la sécrétion du lait est diminuée ou supprimée, ainsi que l'écoulement des lochies ; mais ces fonctions se rétablissent rapidement après l'accès, qui ne dure généralement que vingt-quatre heures, rarement quarante-huit. Un traitement approprié en prévient facilement le retour ; si l'on néglige les soins convenables, on voit la fièvre prendre quelquefois le type intermittent ou même continu. Il existe les trois stades de froid, de chaleur et de sueur. Si l'accès n'est pas traité, nous pourrons voir s'établir des accès franchechement intermittents. Quelquefois avec le concours de causes nouvelles il surviendra une fièvre continue très-rebelle (2). A moins qu'elle ne

(1) Campbell, *Midwifery*, p. 341.
(2) Burns, *Midwifery*, p. 572.

prenne les caractères que je viens d'indiquer, la fièvre éphémère est une indisposition de peu d'importance et facile à traiter.

§ III. — Diagnostic.

La violence du début peut faire croire à l'invasion de la fièvre puerpérale ; mais l'apaisement des symptômes après quelques heures et l'absence de sensibilité très-marquée dans le ventre, nous aideront le plus souvent à fixer notre diagnostic. Je dirai que la violence même du début caractérise plutôt la fièvre éphémère que le début de la fièvre puerpérale. « La soudaineté de l'invasion, la grande irrégularité du pouls, l'absence de douleur localisée, l'intensité et l'irrégularité dans la succession des différentes périodes, nous permettra de distinguer la fièvre éphémère de toute autre affection puerpérale (1). »

§ IV. — Traitement.

Pendant la période de froid, on entourera la malade de linges chauds, de bouteilles d'eau bouillante ; on lui donnera des boissons chaudes, excitantes, même alcooliques. Pendant le stade de chaleur, elle sera modérément, mais suffisamment couverte; on favorisera la transpiration au moyen de diaphorétiques, et enfin pendant le stade de sueur on la garantira avec soin du froid, et l'on diminuera graduellement le nombre de ses couvertures. Quant aux purgatifs, les plus utiles ont toujours été entre mes mains les sels combinés avec le séné, le tartre stibié ; mais tout autre purgatif doux remplira aussi bien l'indication. Si la langue est sale, si l'estomac est chargé, je conseille ordinairement un vomitif. On ne sera que très-exceptionnellement forcé de pratiquer une émission sanguine, à moins qu'il n'y ait quelque violente douleur localisée. Il faudra examiner avec le plus grand soin l'état de l'appareil utérin, et ne pas laisser passer inaperçu quelque trouble qui pourrait devenir la source de grands malaises. Aussitôt l'accès terminé, la malade pourra manger, et même il sera quelquefois avantageux de lui donner de légers toniques. Campbell leur donne de petites doses de 20 à 25 centigr. de camphre quatre ou cinq fois par jour pendant quelques jours pour calmer l'irritation nerveuse.

Après la terminaison de la fièvre on évitera avec le plus grand soin toute cause de refroidissement qui pourrait déterminer le retour de l'accès

(1) Campbell, *Midwifery*, p. 541.

SECTION IV

MALADIES DU SEIN

CHAPITRE PREMIER

FISSURES ET CREVASSES DU MAMELON

§ I. — Fréquence.

Ce genre d'accident est très-fréquent et est beaucoup plus douloureux qu'on ne pourrait le croire. Les crevasses se produisent plus fréquemment après un premier accouchement ; mais il y a des femmes qui en souffrent après chaque accouchement. Elles apparaissent après deux ou trois jours d'allaitement, durent un temps variable et guérissent généralement.

§ II. — Causes.

Dans le plus grand nombre de cas, les crevasses sont dues à l'application fréquente de la bouche de l'enfant, qui enlève au mamelon les sécrétions sébacées, de telle sorte que la peau se séchant, se contracte, durcit légèrement et enfin se fendille. Une légère inflammation vient quelquefois aggraver le mal. Les crevasses proviennent aussi quelquefois d'un état morbide de la bouche de l'enfant lorsqu'il souffre d'aphthes; en même temps le liquide qui s'échappe du bout du sein irrite et enflamme souvent la bouche de l'enfant.

§ III. — Symptômes.

Tout d'abord, l'auréole et le bout du sein paraissent desséchés, rouges et rugueux. On y découvre un grand nombre de petites fissures presque imperceptibles ; la surface s'excorie et laisse couler une matière séreuse, matière qui est dans quelques cas âcre et étend l'excoration à la peau environnante. Le bout du sein peut présenter des fissures profondes, le divisant en deux ou trois parties. Enfin, dans quelques cas, le bout s'ulcère et quelquefois est détruit en partie ou entièrement. Chaque tentative d'allaitement augmente le mal pour le moment et fait saigner les seins. La souffrance est énorme pour la malade, et il faut une rare énergie pour persévérer à nourrir au prix de telles souffrances. Mais ce n'est pas tout ; si l'inflammation est très-grande, elle peut s'étendre le long des lymphatiques, jusqu'à la glande mammaire, et donner lieu à des abcès. Je crois, en effet, qu'après le froid les crevasses sont les plus fréquentes causes d'abcès au sein.

§ IV. — Traitement.

Pour prévenir ces accidents, les mamelons doivent être lavés, soir et matin, avec de l'eau et du savon, bien essuyés, et baignés ensuite dans un mélange d'alcool et d'eau pendant le dernier mois de la grossesse. Dans bien des cas cette précaution suffira à prévenir le mal. Un mélange de cire blanche et de beurre est un remède populaire, quelquefois utile. Une pommade excitante composée d'ung. hydr. nitr. mêlé d'axonge réussit parfois. On peut encore toucher la partie malade avec de l'alun calciné, du nitrate d'argent, ou bien on la saupoudrera d'une poudre sèche et douce.

Quand l'excoriation ou les gerçures sont survenues, on peut appliquer des lotions alcoolisées, ou une lotion composée d'alun, de sulfate de zinc ou de cuivre, ou d'acétate de plomb dissous dans de l'eau de rose. Mais la lotion que j'ai toujours trouvée la meilleure est une faible solution de nitrate d'argent ; on l'applique chaque fois que l'enfant a teté, en ayant bien soin de laver le sein avant d'y remettre l'enfant. Druitt (1) recommande une solution de cinq grains de tannin pur dans une once d'eau distillée. Johnson préconise l'usage de la pommade et de la lotion suivante, qu'on peut appliquer simultanément ou séparément (2) :

℞ Borax	8	grammes.
Craie préparée	60	—
Alcool } Eau de rose }	60	—

Pour faire des lotions.

℞ Cire blanche	16	grammes.
Huile d'amandes douces	30	—
Miel	15	—

Faites fondre à une douce chaleur et ajoutez graduellement :

Baume du Pérou	8	grammes.

Pour faire un onguent.

M'Clintock et Hardy recommandent la teinture de cachou dans les cas de gerçures simples.

Dans deux cas, où les mamelons étaient ulcérés et fissurés, Simpson réunit les deux bords et y appliqua une couche épaisse de collodion, qui les maintint si fermes que la succion même ne rouvrit pas les fissures, et que par conséquent elles guérirent bientôt. J'ai essayé de ce traitement, mais avec moins de succès.

Divers moyens mécaniques ont été tentés pour guérir la maladie. On peut se procurer des bouts de seins de bois, d'argent ou d'ivoire (fig. 333), qui, en isolant le mamelon de la bouche de l'enfant, guérissent l'irritation complétement.

Mais, dans bien des cas, l'enfant ne peut faire arriver le lait jusqu'à lui

(1) Druitt, *Braithwaite's Retrospect.*, t. X.
(2) M'Clintock and Hardy's *Midwifery*, p. 14.

avec ces bouts, alors nous avons recours à des bouts de tetine de vache, de caoutchouc (fig. 334), ou à un morceau de peau de chamois convenablement percé de trous et arrangé en forme de mamelon. Si un seul de ces moyens réussit, le mamelon guérira bientôt, et avant peu de jours on pourra remettre l'enfant au sein.

Fig. 333. — Bout de sein. — Mamelon d'ivoire flexible monté sur bois.

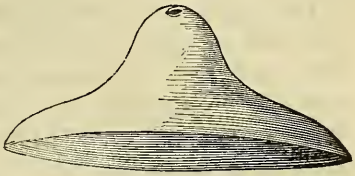


Fig. 334. — Bout de sein. — Mamelon de caoutchouc (Chailly Honoré).

Si l'on donne le biberon deux ou trois fois par jour, ou si l'on se procure l'aide d'une autre nourrice, on hâtera la guérison ; mais il faut se garder de laisser le lait s'accumuler, sinon l'inflammation pourrait survenir et produire des abcès. Il y a peu de cas où il devienne indispensable de renoncer à l'allaitement. Même si les remèdes ne réussissent pas, l'irritation cède généralement au bout d'une quinzaine de jours ou de trois semaines.

CHAPITRE II

ENGORGEMENT LAITEUX (POIL)

[Chez les nouvelles accouchées, il se manifeste vers la fin du deuxième, ou le troisième jour, un engorgement mammaire, une fluxion qui, lorsqu'elle ne dépasse pas certaines limites, rentre dans l'ordre des phénomènes physiologiques. La durée de cet état fluxionnaire est de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. Mais, s'il arrive que cet état dure, on voit survenir du côté des mamelles un gonflement plus ou moins considérable, de la douleur, de la chaleur ; le lait ne s'échappe pas par les conduits du mamelon, il est retenu, le gonflement augmente, les douleurs deviennent très-vives, le malaise est grand.

Et cependant nous n'avons pas là une véritable inflammation ; car, comme le fait observer Velpeau (1) : 1° au début il n'y a point encore de phlegmasie dans les tissus ; 2° si d'une façon ou d'une autre on parvient à rendre au lait sa fluidité normale, tous les accidents cessent immédiatement ; 3° on voit souvent disparaître l'engorgement sous l'influence de la

(1) Velpeau, *Traité des maladies du sein*. Paris, 1858, 2e édition, p. 74.

chaleur ou de certaines médications stimulantes; 4° il est naturel du deuxième au quatrième jour de couches chez presque toutes les femmes.

§ I. — Symptômes.

Les symptômes de l'engorgement laiteux, sont : le gonflement de toute la glande mammaire ou d'une partie de cette glande ; le sein est dur, bosselé, douloureux, la peau est tendue, la coloration n'est pas changée ou bien elle est plus pâle; la surface du sein est sillonnée de veines qui paraissent avoir augmenté de volume, le sein est peu mobile, il est comme collé sur le thorax (1).

La réaction du côté de la circulation est quelquefois très-marquée, le pouls est fréquent, la peau est chaude, il y a de la soif, de l'inappétence; d'autres fois le retentissement sur l'état général est presque nul, et la réaction est insignifiante, un peu de malaise, de courbature, de sueur, accompagnent l'état local précédemment décrit.

§ II. — Causes.

Nous n'en sommes plus au temps d'Aristote qui prétendait que cette rétention du lait était due à la présence, dans le sein, d'un poil que la patiente aurait avalé, et qu'après un temps donné l'enfant faisait sortir en tetant.

La fluidité du lait par une cause quelconque est altérée, les conduits galactophores sont obstrués, le lait se coagule, il est retenu, le coagulum laiteux joue véritablement le rôle d'un corps étranger dans le sein.

Au nombre des causes prédisposantes, il faut signaler une disposition anormale des vaisseaux galactophores, leur défaut de contractilité ou de perméabilité, l'étroitesse de leurs orifices.

Enfin, la rétention peut être due à l'absence ou à l'insuffisance de la succion, surtout dans les cas où la sécrétion laiteuse est très-abondante.

Parmi les causes déterminantes, les principales sont l'exposition au froid, la transition brusque d'une température chaude à une atmosphère froide. Certaines femmes sont exposées à cet accident lorsqu'elles ne donnent à teter qu'à de longs intervalles. On conçoit que le sevrage agira dans le même sens. Chez d'autres femmes, la montée du lait se fait par larges ondées, si l'on peut parler ainsi, et les seins ne sont pas vidés dans la même proportion, d'où rétention possible et engorgement.

Birkett (2) signale encore un mamelon court ou mal développé comme une cause fréquente d'engorgement mammaire.

(1) Velpeau, *Traité des maladies du sein*. Paris, 1858, 2e édition, p. 74.
(2) Birkett, *British Review*, n° 29, p. 35-37, cité par Velpeau.

§ III. — Marche, durée, terminaison.

Le plus souvent, sous l'influence des moyens les plus simples, quelquefois même en dehors de toute médication, le lait reprend ses qualités normales ; le cours de la sécrétion se rétablit, et tous les accidents disparaissent, d'autres fois ils augmentent, et l'on voit survenir une véritable inflammation (1).

§ IV. — Traitement.

Lorsqu'il a existé de l'engorgement pur et simple, on videra les seins soit en faisant teter la malade par un enfant ou par un jeune chien, ou bien on aspirera le lait au moyen d'une ventouse appropriée à cet usage. Les seins seront recouverts d'une couche d'ouate de coton, ou de cataplasmes émollients. On fera des onctions avec une pommade ou un liniment belladoné.

On a vanté également en onctions l'huile de chènevis, le liniment ammoniacal camphré, et tant d'autres moyens réputés infaillibles.

Cependant il ne faudra pas se reposer entièrement sur leur bonne renommée, et l'on fera bien de surveiller la marche de l'engorgement pour prévenir les terminaisons inflammatoires. Les antiphlogistiques seront rarement indiqués, mais l'usage de purgatifs répétés au besoin, l'administration de petites doses d'iodure de potassium agiront très-avantageusement pour diminuer l'engorgement des mamelles.

Certains de ces moyens, on le voit, devront être soigneusement proscrits pour peu que l'on ait à redouter un état inflammatoire qu'ils ne feraient qu'aggraver.]

CHAPITRE III

INFLAMMATION ET ABCÈS DU SEIN

Les femmes sont sujettes à l'inflammation du sein pendant la grossesse, après la délivrance et à une période quelconque de l'allaitement, mais spécialement lorsqu'elles sont primipares et pendant les trois premiers mois de l'allaitement.

§ I. — Fréquence.

Nunn (2), établit que sur 58 cas pendant l'allaitement, 19 survinrent pendant le premier mois, 14 pendant le second, 3 pendant le troisième,

(1) Velpeau, *Maladies du sein*, p. 77.
(2) Nunn, *Trans. of London Obstetrical Society*, t. III, p. 197.

1 pendant le quatrième, 2 pendant le sixième, 1 pendant le huitième, 1 pendant le neuvième et 17 après le dixième mois. Les deux seins étaient également atteints sur 26 cas; dans 7, les lobes supérieurs étaient affectés; dans 14 les inférieurs, dans 2 les inférieurs et les latéraux, dans 1 les latéraux, et dans 2 la glande entière était affectée.

M'Clintock (1) a trouvé que la majorité des cas surviennent environ six semaines après la délivrance; après ce moment, c'est environ vers le dixième ou le douzième mois que, selon lui, ces accdients se montrent le plus, confirmant ainsi les observations de Nunn. Il a publié des notes sur 82 cas.

Dans 18 de ces cas les deux seins étaient affectés, dans 29 le sein droit, dans 35 le sein gauche. Sur 34 cas, 23 étaient survenus après un premier accouchement.

§ II. — Causes.

L'irritation et la congestion auxquelles donne lieu la sécrétion du lait varient énormément. Si elles restent dans de certaines limites, la sécrétion du lait est accompagnée d'un léger mouvement fébrile pendant un jour ou deux; si la congestion est intense, le sein devient brûlant, tendu et douloureux, et si les moyens habituels ne sont pas employés pour diminuer cette excessive irritation, il pourra en résulter de l'inflammation et des abcès.

La congestion excessive peut être considérée comme la cause la plus fréquente d'abcès mammaires immédiatement après la délivrance.

Burns (2) dit que « quelques accouchées ont les seins démesurément gonflés quand le lait monte, et la dureté s'étend jusqu'aux aisselles; si, dans ce cas, les bouts des seins sont enfoncés, ou que le lait ne coule pas facilement, le tissu cellulaire, surtout dans certains cas, s'enflamme rapidement; chez d'autres, au contraire, la substance dense, dans laquelle sont enfouis les acini et les conduits, ou les acini eux-mêmes, sont plus prompts à s'enflammer. Le contact du froid, les émotions morales, le mouvement trop fréquent des bras au moment où les seins sont très-gonflés, sont considérés comme donnant naissance à cette maladie. L'inflammation, comme nous l'avons déjà dit, s'étend souvent du mamelon le long des lymphatiques aux tissus plus profonds. Dans le plus grand nombre des observations de M'Clintock, quelque lésion du mamelon avait presque toujours existé antérieurement.

§ III. — Anatomie pathologique.

[[L'inflammation et les abcès du sein siégent dans des points différents de l'organe, d'où leur division en : 1° inflammation et abcès du mamelon

(1) M'Clintock, *Clinical memoirs on diseases of women*, p. 309.
(2) Burns, *Midwifery*, p. 623.

et de l'aréole; 2° inflammation et abcès du tissu cellulaire sous-cutané; 3° inflammation et abcès de la glande; 4° inflammation et abcès de la région sous-mammaire.

a. L'inflammation du mamelon siége, suivant Velpeau, soit dans les conduits galactophores, soit dans le parenchyme. L'inflammation du parenchyme donne ordinairement lieu à un petit abcès du volume d'une noisette. L'inflammation des conduits galactophores s'accompagne d'un gonflement médiocre et se termine aussi par de petits abcès.

Quant à l'inflammation de l'aréole, elle donne lieu à des abcès peu volumineux que Velpeau a appelés *tubéreux*, à cause de leur forme. Suivant A. Richard, ces abcès seraient indépendants des conduits galactophores et auraient pour point de départ l'inflammation des glandes sudoripares.

b. Les phlegmons et les abcès du tissu cellulaire sous-cutané présentent un volume variable; mais ils ne sont jamais considérables. Quand ils ne se terminent pas par résolution, la peau devient rouge, s'amincit et se perfore ordinairement au bout d'une semaine. L'abcès est le plus souvent unique et bien circonscrit; quelquefois cependant le phlegmon peut être diffus, et il en résulte une gravité beaucoup plus grande de la maladie.

c. Les phlegmons et les abcès qui ont leur siége dans l'épaisseur de la glande mammaire ont pour point de départ l'engorgement des conduits galactophores, ou bien le tissu glandaire et les cloisons fibro-cellulaires interlobulaires. Dans le premier cas, l'inflammation se termine ordinairement par résolution; dans le second, elle se termine habituellement par un abcès irrégulier et anfractueux, composé de plusieurs loges qui ne communiquent pas entre elles. Cette disposition explique la difficulté de l'écoulement du pus quand on a ouvert une des loges. Quelquefois la suppuration envahit le tissu cellulaire sous-cutané, et il en résulte cette variété d'abcès, que Velpeau a décrite sous le nom d'*abcès en bouton de chemise*. D'autres fois, la suppuration se dirige en arrière, et il se forme un abcès sous-mammaire.

d. Le phlegmon et l'abcès qui siégent dans le tissu cellulaire ou dans la la bourse séreuse sous-mammaire, résultent ordinairement de la propagation à ce tissu ou à cette bourse d'une inflammation siégeant primitivement dans l'épaisseur de la glande mammaire. L'abcès formant alors une assez vaste poche, soulève la glande et s'étend parfois au tissu cellulaire périphérique.]]

§ IV. — Symptômes.

La gravité des symptômes dépend de la profondeur et de l'étendue de l'inflammation. Quand le tissu cellulaire sous-cutané et la peau seuls sont atteints, il y a peu de douleur locale et de sensibilité, une tension et une

dureté circonscrite, et une légère rougeur à la peau. Mais, quand le tissu cellulaire profond et la glande sont atteints, la douleur est très-forte et s'étend aux aisselles, le gonflement est considérable, la tension très-forte, et l'état général s'en ressent. Le pouls est rapide et plein, la peau brûlante; il y a de la céphalalgie, de la soif, de l'insomnie, etc. La peau qui recouvre la partie enflammée peut être uniformément rouge, ou couverte de plaques rouges. Si la glande est enflammée, le sein présente au toucher une sensation de nœuds, comme s'il renfermait plusieurs grosses tumeurs. La sécrétion du lait est au moins momentanément suspendue; mais elle reprendra bientôt, dès que l'état aigu se sera atténué.

Quand l'inflammation a duré quelque temps, la suppuration a lieu, et le pus se fraye un chemin vers l'extérieur. Cette phase se signale par un frisson, suivi de transpiration et de chaleur, et par une sensation de fluctuation dans la tumeur, qui est proéminente et lisse. La pointe se montre généralement dans le voisinage du mamelon. Peu à peu la substance intermédiaire est résorbée, et, l'épiderme se brisant, le pus est évacué. La matière des abcès superficiels est homogène, ou, comme on dit ordinairement, louable. Mais quand l'abcès est plus étendu, des portions de tissu cellulaire gangrenées et d'aponévroses mortifiées s'échappent par l'ouverture. Chez une personne saine, quand le pus a été complétement évacué, l'abcès guérit promptement, ne laissant qu'une légère induration momentanée. Telle est la marche ordinaire de cette maladie, mais elle a des variations importantes. « Il arrive quelquefois, dit Burns, si la malade est d'une constitution scrofuleuse, si elle est épuisée par le chagrin, ou si les soins n'ont pas été tout d'abord très-vigilants », qu'une maladie lente et peut-être même fatale peut en résulter. La malade éprouve des frissons répétés, presque quotidiens, suivis de chaleur et de transpiration. On constate en même temps des points indurés et des clapiers dans le sein. La patiente perd l'appétit et souffre continuellement. La suppuration se forme lentement, et peut-être l'abcès s'ouvrira-t-il ensuite; les symptômes alarmants se calmeront peut-être alors, mais pour reparaître de nouveau, et ils résisteront à tout traitement interne ou général. En examinant le sein à une certaine distance de l'ouverture primitive de l'abcès, on trouve de l'œdème, signe infaillible qu'il y a du pus profondément situé, et à la pression on sent de la fluctuation. Cette fluctuation peut devenir rapidement sensible, aussi est-il bon d'examiner le sein avec soin au moins une fois par jour. Les cataplasmes avancent la maturité de l'abcès, mais trop lentement pour prévenir la déperdition des forces; par conséquent chaque nouvel abcès et tous les clapiers déjà formés doivent être en même temps largement ouverts, et, dès qu'un nouvel endroit se met à suppurer, l'opération doit être renouvelée. Si l'on négligeait cette indication, de nombreuses anfractuosités se formeraient, donnant issue lentement à un pus très-fétide. Les deux seins sont souvent atteints de la même façon. Alors surviennent les frissons quotidiens, les nausées, les vomissements

de bile, et le dégoût complet pour tout aliment. La diarrhée, des transpirations profuses se montrent en même temps, ou bien la peau devient sèche et rugueuse, comme lépreuse, quelquefois les ganglions profonds, comme ceux du mésentère par exemple, semblent participer à la maladie, ou bien l'utérus est atteint, et l'on voit de la matière purulente s'écouler par le vagin. Le pouls est fréquent et devient graduellement plus faible, jusqu'à ce qu'après de lentes souffrances de plusieurs mois la malade succombe (1).

§ V. — Traitement.

La première *indication* est de calmer l'inflammation, et de prévenir ainsi la formation de l'abcès. Pour cela, la malade peut être saignée si la fièvre est forte; ou bien une application de sangsues peut être faite et répétée, si c'est nécessaire; on appliquera ensuite un large cataplasme ou des fomentations. Quand l'écoulement du sang a cessé, les cataplasmes ou les fomentions peuvent être continués. Un moyen simple et commode d'entretenir la chaleur autour du sein consiste à tremper un bol de bois dans l'eau bouillante, à envelopper de flanelle le sein qu'on enferme dans le bol ainsi chauffé (2).

On administrera des purgatifs salins dont on pourra augmenter les effets en y ajoutant du tartre stibié en petite quantité. « J'ai habituellement combattu cette affection par un moyen que m'a communiqué Mac Gregory, qui l'a toujours employé avec succès au Lying-in Hospital de Coombe, c'est-à-dire par le tartre stibié, dont l'action contro-stimulante dans ce cas particulier ferait presque croire à une spécificité d'action dans les inflammations des glandes mammaires. Dès les premiers signes d'inflammation du sein, je purge d'abord la malade, puis j'administre le tartre stibié à la dose d'un 16e de grain chaque heure, de façon à déterminer un état légèrement nauséeux. Je ne veux pas provoquer de vomissements, et s'ils surviennent je suspends l'usage du médicament pendant une heure ou deux, et j'en recommence l'usage à de plus longs intervalles. Dans la majorité des cas je trouve qu'après vingt-quatre heures la douleur et la fièvre ont diminué; les seins sont plus petits et plus souples (3). »

Ce médicament, selon moi, a dans les cas d'inflammation du sein une action résolutive plus marquée qu'aucun des remèdes que j'aie expérimentés. J'ai trouvé aussi qu'une des onctions avec une pommade composée comme il suit :

Cold cream.....	30 grammes.
Extrait de belladone.....	4 —

(1) Burns, *Midwifery*, p. 625.
(2) Earle, *London medical Gazette*, vol. X, p. 153.
(3) Cooper, *Surgical Dictionary*, p. 946.

suivie ou non de l'application de cataplasmes diminue très-notablement la douleur. Mais je partage entièrement l'avis de M'Clinctock, qui ne croit pas aux vertus antilaiteuses de ces onctions. La mère devra soigneusement laver les bouts de sein chaque fois qu'elle donne à teter. L'alimentation sera légère et surtout composée de liquides. Il faudra de temps en temps tirer avec douceur du lait et soutenir les seins au moyen d'une écharpe.

Quand nous voyons nos efforts impuissants à prévenir la formation du pus, il faudra satisfaire à la seconde indication. Nous favorisons autant que possible la suppuration, et le moyen le meilleur consiste dans l'application continue de cataplasmes qu'on maintient à l'aide d'un bandage approprié et qu'on changera trois ou quatre fois par jour. On donnera un peu d'opium seul ou associé à des purgatifs salins pour diminuer la douleur et amener le sommeil.

Les opinions sont partagées sur l'opportunité qu'il y a à ouvrir les abcès aussitôt qu'on a constaté la présence du pus. Cooper dit : « En règle générale le chirurgien n'attendra pas que le pus arrive à la surface pour ouvrir un abcès du sein, il incisera aussitôt que la fluctuation pourra être aperçue. S'il n'agit pas ainsi, et que l'abcès ne soit pas superficiel, le pus fusera dans toutes les directions (1). » Astley Cooper s'exprime de la façon suivante : « Si l'abcès fait des progrès rapides, s'il est situé à la face antérieure de la mamelle, si les douleurs ne sont pas très-vives, il vaut mieux abandonner la maladie à sa marche naturelle. Mais si, au contraire, dès le début, l'abcès est très-profondément situé, si les progrès en sont lents, si les douleurs sont excessives, s'il y a une fièvre violente, si la malade a des sueurs profuses et souffre d'insomnie, on gagnera du temps et on lui épargnera de la douleur en donnant issue au pus (2). »

M'Clintock dit qu'il est toujours d'avis de faire des ouvertures tardives et qu'il s'est toujours bien trouvé d'en agir ainsi. Quand les abcès sont tout à fait superficiels, je crois qu'on peut attendre plus longtemps, mais je crois en même temps qu'il vaut mieux les ouvrir avec le bistouri que de les laisser s'ouvrir spontanément. [[Lorsque l'abcès siége dans l'épaisseur de la glande ou dans le tissu cellulaire sous-mammaire et présente des anfractuosités, il sera avantageux d'avoir recours au drainage.]] Quand on a donné issue au pus, on peut augmenter l'alimentation, et si l'écoulement dure quelque temps il sera bon d'administrer des toniques. On fera bien de continuer pendant quelques jours l'usage de l'opium administré le soir, puis on le cessera complétement. Si l'abcès est petit, on pourra permettre à l'enfant de teter le sein malade. S'il est volumineux, on fera mieux de vider artificiellement le sein et de nourrir l'enfant à l'autre sein. Dans quelques cas il faudra éloigner l'enfant complétement, l'action de teter pouvant seule déterminer la formation d'abcès dans l'autre sein.

(1) Beatty, *Dublin Journal*, vol. IV, p. 340.
(2) A. Cooper, *On diseases of the breast*, p. 10.

Lorsque toute inflammation aura cessé, et que l'abcès continuera néanmoins à suppurer, on hâtera la guérison en comprimant le sein au moyen de bandelettes agglutinatives, comme le conseillent Philips, M'Clintock et Hardy (1).

Quand il se formera des clapiers il faudra les ouvrir. On évitera avec soin que la malade ne s'affaiblisse, on lui donnera du quinquina, du vin et une alimentation reconstituante.

SECTION V

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET DU SYSTÈME VASCULAIRE

CHAPITRE PREMIER

TÉTANOS

Quoique le tétanos soit une affection des plus graves, on l'a considéré comme tellement rare dans l'état puerpéral, que la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des femmes l'ont à peine signalé. Simpson en a réuni aujourd'hui un nombre d'observations suffisant pour démontrer qu'on doit en tenir grand compte. Je ferai pour la description qui va suivre de larges emprunts à son excellent mémoire (2).

§ I. — Fréquence.

On croyait autrefois que le tétanos était plus commun chez la femme que chez l'homme, mais les statistiques modernes n'ont pas confirmé cette manière de voir. Sur 128 cas de tétanos traumatique recueillis par Curling, il y avait 112 hommes et 17 femmes ; et sur 221 cas recueillis par Laurie de Glasgow, il y avait 185 hommes et 36 femmes. — Sur 1069 cas mortels publiés dans les rapports du « Registrar general », il y avait 829 hommes et 240 femmes, de sorte que le nombre des hommes était quatre fois plus considérable que celui des femmes.

§ II. — Causes.

Le tétanos, bien que rarement, peut se déclarer à la suite d'accidents survenant à l'utérus non fécondé. Simpson cite un cas dans lequel, après

(1) Hardy, *Pract. observations*, p. 16.
(2) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, février 1854, p. 97.

avoir enlevé un polype cellulaire au moyen d'une légère traction, le tétanos se déclara dans la soirée du neuvième jour, et causa la mort en cinquante-cinq heures environ. Le tétanos peut aussi survenir après l'avortement, et il n'est pas spécial à la première grossesse, ou à aucune époque déterminée de la grossesse. Dans les sept cas recueillis par Simpson, dans le cas rapporté par Tyler (1), et dans le cas de Dossabhoy (2), plusieurs des malades avaient plusieurs enfants, et l'époque à laquelle l'avortement avait eu lieu variait chez toutes. L'espace de temps qui s'écoulait entre la fausse couche et l'invasion du tétanos était aussi variable. Chez l'une il éclata quelques jours après; chez une autre, le sixième jour; chez une troisième, le septième jour; chez une quatrième, le huitième jour; chez une cinquième, le treizième jour, et enfin chez une sixième, quinze jours après. Dans le cas rapporté par Moore (3), le tétanos survint le huitième jour; dans le cas décrit par Dossabhoy, le sixième jour, et dans le cas rapporté par Annan, le treizième jour (4). Toutes les malades moururent : l'une en soixante heures, l'autre en soixante-dix; trois le troisième jour; une le quatrième, et une le septième. La malade de Annan, le onzième jour, celle de Moore le treizième; celle de Dossabhoy guérit.

Dans la plupart des cas, la fausse couche n'avait rien de particulier; dans quelques-uns l'œuf ne fut pas immédiatement expulsé, et dans quelques autres l'hémorrhagie était si forte qu'il fallut recourir au tamponnement. Dans le cas rapporté par Tyler, le placenta qui se présentait d'abord avait été arraché. Il est peut-être difficile de préciser jusqu'à quel point l'irritation résultant de la présence prolongée de l'œuf, ou du tampon, ou le décollement du placenta, peuvent avoir agi sur la production du tétanos. Le tampon est employé journellement sans donner lieu à ces résultats; mais dans certains états du système nerveux, il peut ne pas être complétement inoffensif. Les symptômes du tétanos n'avaient rien d'anormal : ils commençaient par un certain degré de roideur dans les mâchoires, qui bientôt devenaient complétement rigides, et le corps était fléchi en arrière par les spasmes tétaniques.

Simpson fait remarquer « qu'en pathologie chirurgicale des recherches ont été instituées dans le but de savoir s'il existe quelque rapport entre l'état de la plaie et l'invasion du tétanos. Mais aucun résultat positif n'est venu couronner ces recherches. Les chirurgiens paraissent s'accorder sur ce point, que souvent le tétanos se produit alors que la plaie extérieure paraît tout à fait saine; mais d'un autre côté ils ont vu, dans un nombre de cas au moins égal, la maladie survenir lorsque la plaie était malsaine, enflammée, gangréneuse. Dans les exemples rapportés par Simpson, le tétanos survenant après un avortement, la plaie utérine a toujours paru

(1) Tyler, *Dublin Journal*, new series, vol. III, p. 560.
(2) Dossabhoy *British and for. med.-chir. Review*, juillet 1856, p. 27.
(3) Moore, *Dublin Journal*, février 1856, p. 225.
(4) Annan, *Edinburgh monthly Journal*, novembre 1856.

parfaitement saine en tant qu'il a été possible de s'en assurer. Dans quelques circonstances pourtant la plaie était en assez mauvaise condition pour donner lieu à un suintement sanguinolent ou même à une hémorrhagie.

Dans aucun des cas de tétanos puerpéral relatés dans cette partie du mémoire de Simpson (1), il n'a paru exister de traces d'inflammation utérine. Comme exemple de la maladie, je citerai une des observations données par Simpson (2).

Observation I. — Madame X....., mère de plusieurs enfants, fit une fausse couche de trois mois. Il y eut une légère hémorrhagie. Le premier jour après l'avortement cet écoulement cessa complétement et subitement. On observa en même temps un certain degré de roideur dans les masséters. Le jour suivant, les mâchoires étaient complétement immobilisées, et la tête se fléchit en arrière d'une façon tétanique. Les globes oculaires paraissaient enfoncés, les paupières incomplétement rapprochées. La patiente néanmoins pouvait encore parler, mais la déglutition des liquides était impossible. Le pouls était à 72. Il y avait de la constipation et du météorisme. La sécrétion urinaire était normale. Il n'y avait aucun écoulement par le vagin ; il n'existait pas de douleur ni de sensibilité dans la région utérine. Par moments le pouls faiblissait, et les accès tétaniques devenaient de plus en plus fréquents et plus forts. La malade mourut vingt heures après le début des accidents.

L'autopsie fut faite par M. Crossken et Fleming trente-six heures environ après la mort, et comme les résultats offrent certaines particularités, je rapporterai les termes mêmes de M. Crossken. « L'utérus avait son volume ordinaire. Le tissu utérin et la muqueuse étaient emphysémateux dans toute leur étendue et crépitaient lorsqu'on les comprimait entre les doigts. En un mot, on aurait cru tenir dans la main un fragment de poumon, avec lequel il y avait encore cette analogie que l'utérus surnageait lorsqu'on le mettait dans l'eau. J'ajoute, dit M. Crossken, qu'il n'y avait aucun vestige de décomposition putride. »

Voici maintenant l'observation de Tyler :

Observation II. — Je fus mandé, « dit-il », près d'une pauvre femme qui était à son quatrième mois de grossesse et qui venait d'être prise d'une hémorrhagie alarmante. Par le toucher, je trouvai l'orifice utérin dilaté. La dilatation offrait la dimension d'une pièce de deux francs environ. Le placenta était inséré centre pour centre au-dessus de l'orifice. L'hémorrhagie était des plus abondantes, et chaque douleur l'augmentait. Je fis l'extraction du placenta, et j'essayai d'accrocher le fœtus avec mon doigt, mais je n'y réussis pas. L'écoulement sanguin, un peu moindre, continuait cependant ; je fis le tamponnement; l'hémorrhagie suspendue, j'administrai une dose d'ergot de seigle sans avantage. Le second jour j'enlevai le tampon et j'amenai en même temps une

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, février 1854, p. 105 ; *Obstetrical works*, vol. II. p. 59.

(2) Simpson, *Obstetrical works*, p. 58, observation VIII.

portion du placenta qui était restée. Je trouvai alors l'orifice utérin presque complétement revenu sur lui-même. Le quatrième jour la malade se plaignit de douleurs dans les reins, mais ces douleurs n'avaient rien qui dût attirer spécialement l'attention. Six jours après elle n'accusait plus qu'une extrême faiblesse, ce qui m'engagea à lui donner un peu de nourriture légère, bouillon de poulet, etc. Rien ne survint de nouveau jusqu'au treizième jour, quand tout à coup la pauvre femme se plaignit de mal de gorge et de difficulté à ouvrir la bouche. Elle ne pouvait avaler qu'avec beaucoup de difficulté les liquides. Le toucher me permit de constater que l'orifice était tout à fait fermé. La malade avait eu pendant toute la nuit des douleurs vives dans le dos, et des mouvements spasmodiques dans les muscles de la face. Le lendemain je trouvai les mâchoires complétement serrées et le tronc fléchi en opisthotonos. La mort enfin survint le seizième jour, après d'excessives douleurs.

Enfin le tétanos peut se produire après l'accouchement. Simpson en a recueilli 18 observations, auxquelles nous pouvons en ajouter 232, recueillies par Waring et autres. Cette affection n'est pas plus fréquente après un premier accouchement qu'après les accouchements subséquents. Pour le moment où se produit l'attaque, il paraît que les conditions sont les mêmes, dit Simpson, que lorsqu'elle survient après un avortement ou une opération chirurgicale. Dans ces diverses circonstances, il est très-rare que l'accès survienne avant la fin du premier septénaire.

D'après des documents statistiques produits par Romberg (1) dans plus de la moitié des faits de tétanos chirurgical relevés par lui-même (112 fois sur 208), l'accès éclata du troisième au dixième jour après la blessure ou après l'opération.

Parmi les observations de Simpson, on trouve qu'une fois il est survenu très-vite après l'accouchement, 1 fois le deuxième jour, 1 fois le troisième, 1 fois le quatrième, 4 fois le cinquième jour, 1 fois le sixième, 1 fois le septième, 2 fois le quatorzième, 1 fois le dix-septième, 1 fois après trois ou quatre semaines, et 1 fois enfin sept semaines après la délivrance (2).

Dans le fait de Woodhouse (3), l'accès se montra le onzième jour.

Sur les 232 cas de Waring, 7 femmes furent atteintes le premier jour, 32 le deuxième, 29 le troisième, 23 le quatrième, 22 le cinquième, 32 le sixième, 15 le septième, 14 le huitième, 15 le neuvième, 14 le dixième, 2 le onzième, 9 le douzième, 4 le treizième, 1 le quatorzième, 1 le dix-septième, 1 le dix-huitième (4).

Le cas observé par Patterson se produisit quatorze jours après l'accou-

(1) Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*, 3e Auflage. Berlin, 1857.

(2) Simpson, *Obst. works*, p. 59.

(3) Woodhouse, *Association Journal*, 9 février 1855.

(4) Waring, *Indian Annals*, et *British and foreign med.-chir. Review*, octobre 1855.

chement (1). Dans un relevé des décès à Bombay, publié par ordre du gouvernement, on trouve que le tétanos s'est montré 102 fois après l'accouchement, 10 fois il s'est montré le premier jour, 15 fois le deuxième, 7 fois le troisième, 11 fois le quatrième, 9 fois le cinquième, 11 fois le sixième, 11 fois le septième, 7 fois le huitième, 2 fois le neuvième, 4 fois le dixième, 2 fois le onzième, 3 fois le douzième, 3 fois le quinzième, et 1 fois le seizième jour.

On rencontre plus d'uniformité dans la durée de la maladie. Dans 1 cas la mort est survenue après quinze heures, 2 fois après le deuxième jour, 2 fois le troisième jour, 1 fois le quatrième jour, 1 fois le cinquième jour, 1 fois le sixième et 1 fois le septième jour. La malade de M. Woodhouse vécut deux jours et celle de Patterson vécut dix jours. On a noté 5 cas de guérison, c'est-à-dire que, si nous prenons les 26 cas cités, 4 femmes sur 5 ont succombé.

§ III. — Symptômes.

Il n'y a rien de spécial à signaler dans les symptômes du tétanos puerpéral, si ce n'est qu'au début on peut croire à l'existence d'un mal de gorge, et par conséquent le traitement ne sera pas dirigé comme il le convient dans une maladie aussi grave.

L'observation suivante publiée par Storer, de Boston, U. S. donnera une idée exacte de la maladie :

Observation III. — Madame C...., âgée de 28 ans et mère de deux enfants, accoucha à terme d'un enfant pesant huit livres. Le cordon se rompit près de son insertion placentaire sous l'influence de tractions pour extraire l'arrière-faix. Après quelques tentatives infructueuses pour délivrer la femme, on jugea opportun de ne pas insister plus longtemps. La perte de sang ne fut pas considérable. Pendant les cinq jours qui suivirent, le pouls resta bon. La malade n'eut pas de fièvre et ne ressentit pas de douleurs utérines. Vers le commencement du sixième jour une portion du placenta s'échappa par le vagin ; la malade, après avoir pris une dose d'ergot de seigle, en rendit deux autres fragments décomposés et d'une odeur fétide. Le septième jour, le pouls, pour la première fois, s'éleva au-dessus de 100 ; il était petit, filiforme, et la malade se plaignait de douleurs dans la tête, de roideur dans les mâchoires et de difficultés pour avaler. Les symptômes s'aggravèrent rapidement pendant cette journée, et vers le soir c'est à peine si la pointe de la langue pouvait dépasser les arcades dentaires. Les muscles du cou et des mâchoires devinrent plus douloureux ; la respiration était sensible, et à des intervalles irréguliers survinrent des accès tétaniques. Le lendemain, c'est-à-dire le huitième jour après l'accouchement, les muscles de la face étaient si rigides que les mâchoires ne pouvaient être écartées le moins du monde. Le moindre attouchement semblait causer de vives souffrances à la malade et provoquer l'explosion d'attaques spasmodiques

(1) Patterson, *Glasgow med. Journal*, octobre 1856, p. 274.

qui se reproduisaient toutes les trois ou quatre minutes. La tête était fortement fléchie en arrière et les muscles du cou étaient si fortement contracturés qu'on pouvait, avec la main placée sur la nuque, soulever tout le corps sans que le cou se pliât en aucune façon en avant. Quand les convulsions tétaniques éclataient, les souffrances de la pauvre femme paraissaient excessives. Les paroxysmes augmentèrent jusqu'au milieu de la nuit du huitième jour, et la malade mourut d'épuisement dans l'opisthotonos le plus complet. Pendant tout le temps, on ne constata aucun signe d'inflammation utérine ou péritonéale.

§ IV. — Causes.

Il est difficile d'énumérer avec précision les causes de cette maladie ; mais j'ai noté que, dans tous les cas, on aurait pu l'attribuer tantôt à l'impression du froid, tantôt à des violences extérieures. Dans une observation, il y eut une hémorrhagie qui exigea l'emploi du tampon ; dans une autre, le placenta fut retenu et se putréfia dans l'utérus. Dans une observation publiée par Finucane, le tétanos survint après une version, et Paul Dubois le vit se produire après une opération césarienne. Dans l'observation de Patterson, le travail avait été naturel, et la convalescence paraissait se passer dans les meilleures conditions. Le tétanos semble plus fréquent dans les pays chauds que dans les climats froids, mais Simpson a montré que dans ces derniers il n'y avait pas à tenir compte de l'influence de la saison. Waring a publié un relevé des cas de tétanos survenus dans l'état puerpéral à Bombay. On peut y voir que, pendant une période de trois années finissant en décembre 1863, il ne mourut pas moins de 232 femmes de cette affection ; le nombre paraît encore augmenter. La mortalité était plus considérable pendant la saison humide.

Le froid, les violences extérieures, les opérations et peut-être aussi la présence de matériaux en putréfaction dans l'utérus paraissent en somme être les causes déterminantes les plus usuelles du tétanos. Quant au caractère pathologique de la maladie, Simpson l'attribue à la lésion de la surface interne de l'utérus, qu'il compare, comme on le sait, aux plaies résultant d'une grande opération et pouvant par suite donner lieu comme celles-ci au tétanos. La raison qui fait que l'accouchement ne donne pas plus souvent lieu à cette terrible affection, est peut-être dans ce fait que l'utérus est presque complétement suppléé par les nerfs du grand sympathique. La maladie une fois développée consiste surtout dans l'excitation du système spinal réflexe ou de quelque portion de ce système. Quelles conditions en obstétrique et en chirurgie pourraient, isolées ou réunies, produire le tétanos traumatique ? Simpson émet cette opinion que peut-être quelque altération du sang, quelque irritation centrale ou quelque irritation morbide de la moelle, ou bien quelque irritation propagée le long des branches nerveuses, depuis le siége de la blessure jusqu'au système nerveux central, pourrait expliquer la production du mal et en

constituer l'élément essentiel. Peut-être les recherches nombreuses dont le tétanos est l'objet pourront-elles un jour jeter quelque lumière sur cette obscure affection.

[[Dans deux cas de tétanos survenus après l'avortement, et rapportés par A. Wiltshire (1), la malade présentait une grande dépression morale. Aussi ce médecin prétend que le tétanos n'est pas seulement dû à des modifications périphériques, mais surtout à un trouble cérébro-spinal.]]

§ V. — Traitement.

Pour le traitement de cette maladie, je renverrai mes lecteurs aux œuvres de nos maîtres en chirurgie. Les remèdes locaux me paraissent devoir être mis hors de cause, et, quant aux moyens généraux, les plus recommandés sont les suivants de l'avis de Simpson : 1° on maintiendra le plus grand calme autour de la malade à qui on évitera autant que possible toute cause d'irritation physique ou mentale ; 2° on évitera toute tentative douloureuse et toujours inutile pour écarter les mâchoires et forcer la malade à avaler. On soutiendra les forces et l'on apaisera la soif par des lavements et par des topiques humides appliqués sur la peau ; 3° s'il existe quelque raison de penser que des matières irritantes accumulées dans les intestins puissent agir en augmentant le malaise, il faudra les vider au moyen de quelques lavements appropriés; 4° on cherchera à détendre les spasmes toniques et à diminuer l'excitabilité réflexe du système nerveux par des sédatifs, des antispasmodiques, avec l'espoir d'enrayer cette excitabilité réflexe ou au moins d'éloigner les dangers menaçants de la maladie, et lui permettre ainsi de passer de cet état d'acuité à une forme pour ainsi dire subaiguë, et donnant par conséquent plus de prise au traitement et plus de place à l'espoir.

Parmi les cas qui ont guéri, l'un a été traité par de larges saignées, par le musc et la valériane, un autre par les vésicatoires et les grands bains, un troisième par la saignée et les bains chauds, un quatrième par des lavements de térébenthine, un cinquième enfin par des immersions froides.

Les calmants qui ont été le plus employés sont l'opium administré par la bouche et l'infusion de tabac par le rectum. A ces moyens on peut ajouter la belladone, la stramoine, la ciguë, la jusquiame, le musc, le camphre, le haschich, l'acide cyanhydrique, la valériane, etc. Tous ces médicaments ont été tour à tour préconisés par différents auteurs. Il est cependant impossible de juger en dernier ressort parmi tous ces médicaments. Pour ma part, j'avoue que j'aurais plus de confiance dans le chloroforme ou l'éther. Le chloroforme, « dit Simpson », administré à dose suffisante, agit comme un sédatif direct sur le système nerveux et sur la

(1) A. Wiltshire, *On tetanus after abortion* (*Transactions of the obstetrical Society of London*, 1872, et *Revue des sciences médicales*, t. I, n. 1, 1873, p. 206).

contractilité exagérée du système musculaire. En raison de cette influence, il constitue un des moyens les plus sûrs et les plus maniables de calmer les attaques convulsives ordinaires, et, suivant les observations publiées dans la presse médicale, l'usage du chloroforme a été nombre de fois couronné de succès dans le tétanos traumatique (1). Ce moyen a cependant failli à calmer les formes les plus aiguës de la maladie. Peut-être les insuccès sont-ils dus à ce que les malades n'ont pas été suffisamment ni assez longtemps soumis à l'action du chloroforme. Si on l'emploie dans le tétatanos, il faudra en continuer l'action pendant un grand nombre d'heures, quelquefois même pendant plusieurs jours. Il est parfaitement avéré que le moyen n'offre aucun danger si l'action en est surveillée avec soin (2).

L'observation suivante fournira un excellent exemple du traitement par le chloroforme. Elle est rapportée par Laurie de Glasgow.

Observation IV. — Madame B..., belle jeune femme de 24 ans, pendant le troisième mois d'une troisième grossesse fit une fausse couche le 4 janvier 1854. Elle eut une hémorrhagie considérable contre laquelle on eut recours au tamponnement, à la glace, à la compression. La malade était tellement bien le dimanche 8 janvier que je cessai mes visites. Le jeudi 12, elle se plaignit de roideur dans la mâchoire inférieure ; mais ne soupçonnant en aucune façon la nature du mal, elle me fit appeler le samedi 14. Il y avait du trismus très-marqué : mais les spasmes ne s'étendaient pas au delà des muscles du cou. Le pouls était à peu près normal. Tous les efforts de déglutition causaient de grandes douleurs et produisaient des spasmes dans les muscles du cou et du larynx avec imminence de suffocation. Je défendis tout effort de déglutition, je prescrivis des lavements nourrissants additionnés de 50 ou 100 gouttes de laudanum toutes les six heures, des applications sur le cou de chloroforme et d'aconit. Il y eut peu de changement jusqu'à la nuit du lundi 16, quand tout à coup le pouls s'éleva à 120; les spasmes augmentèrent, mais ils ne s'étendaient pas au delà du cou; la déglutition était impossible. Je fis faire alors des inspirations de chloroforme qui eurent une action merveilleuse et apportèrent un soulagement immédiat. Je montrai au mari et à la mère de la malade la manière de s'en servir, et celle-ci est restée d'une manière plus ou moins continue sous l'influence du chloroforme. Le jeudi 18, le pouls était revenu à 96, et la patiente avala avec une facilité relative. Aujourd'hui vendredi 20, l'amélioration ne persiste pas; le pouls est à 108; les muscles abdominaux sont rigides et le rectum ne retient plus les lavements. J'étais préparé à cette complication; depuis le 15, ma malade a été frottée avec soin d'huile, de

(1) Voyez, par exemple, Ranking's *Abstract.*, vol. IX, p. 239 (trois cas suivis de succès); *Brit. and for. med. Rev.*, 1851, p. 464 (2 cas heureux, etc., etc.).

(2) Velpeau, *Des convulsions chez les femmes pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement.* Paris, 1834, p. 232. — Aubinais (de Nantes), *Rev. méd.-chir.*, vol. V, p. 119. — Colles, *Dublin Journal*, n. 30, p. 288. — Christison, *Edinb. med. and surg. Journal*, vol. VIII, p. 415. — M. Dukenson, *Lond. med. Repos*, vol. I, p. 192. — M. Finucane, *Lancet*, 2 juin 1838. — Dubois, *Lancet*, 29 février 1840. — Moulder, Nachers, *Diss. de articulis extirp.*, 1810. — Merriman, *Synopsis*, p. 339. — Simonds, *Cyclop. of Pract. med.*, art. Tetanus. — Currie, *Mem. of med. Soc. of London*, vol. III.

beurre et de crême. La déglutition est assez facile. Un symptôme que j'ai oublié de signaler et qui cependant était un des plus pénibles, c'était une constante toux résultant d'une accumulation de mucosités. En deux jours elle disparut. Je comptais dès lors sur la guérison.

[[On devra aussi employer le chloral et le bromure de potassium à doses assez considérables, qui jouissent à un haut degré de la propriété de diminuer ou même d'anéantir le pouvoir excito-moteur de l'axe cérébro-spinal.]]

CHAPITRE II

CONVULSIONS

On désigne sous le nom de *convulsions,* des accès convulsifs du corps entier et des extrémités. Cette complication est très-effrayante et très-dangereuse, et peut se produire soit pendant la grossesse, soit immédiatement avant ou aussitôt après la délivrance.

Les divergences d'opinion et les variations dans le traitement paraissent provenir de la confusion faite entre les différentes espèces de convulsions. Pour éviter cette confusion, je décrirai trois espèces de convulsions : *hystériques*, *épileptiques* et *apoplectiques*.

ARTICLE PREMIER

CONVULSIONS HYSTÉRIQUES

Cette variété est limitée à la grossesse et se montre plus souvent pendant les premiers mois que dans les mois suivants.

§ I. — Causes.

Le manque de sommeil, les fatigues excessives, peuvent donner lieu à des convulsions hystériques, ou bien elles peuvent être occasionnées par des troubles digestifs.

§ II. — Symptômes.

L'accès est généralement précédé par un sentiment de constriction à la gorge, par des sanglots, des efforts continus de déglutition. La malade s'agite, se démène, se roule de côté et d'autre. Les mains sont fréquemment portées sur la poitrine, ou sur le cou, comme pour enlever un corps étranger. La face est généralement, mais non toujours pâle, jamais les traits ne sont déviés ; il n'y a jamais d'écume à la bouche ; il n'y a pas dans la mâchoire inférieure de ces mouvements convulsifs par lesquels la langue est souvent mordue. Dans beaucoup de cas les muscles du dos

sont violemment contractés. Ce symptôme est regardé par Dewees comme un signe pathognomonique. La malade n'est pas insensible, quoiqu'elle ne puisse exprimer ses sentiments ou ses désirs. Après que cet état a duré un temps plus ou moins long, les sanglots deviennent plus violents ; la malade crie, verse des larmes, et l'accès est terminé. Alors elle rend une quantité considérable d'urine limpide.

L'accès peut être unique ou se répéter après un certain temps avec les mêmes symptômes. Ces attaques n'ont en général pas d'influence fâcheuse sur la marche de la grossesse ; j'ai cependant vu l'avortement survenir pendant un de ces accès. La santé de la mère peut en souffrir un peu, mais elle n'en est pas sérieusement compromise.

§ III. — Diagnostic.

1° *Avec les convulsions épileptiques.* — Le corps n'est que légèrement contourné, il n'y a pas d'insensibilité complète, il n'y a pas d'écume à la bouche, la langue n'est pas mordue, la respiration n'est pas stertoreuse, et, aussitôt l'accès terminé, la malade reprend toutes ses facultés, ce qui n'arrive jamais après les convulsions épileptiques.

2° *Avec les convulsions apoplectiques.* — Dans celles-ci la malade perd d'abord toute conscience; les mouvements volontaires sont abolis, et enfin tous les mouvements cessent, ce qui n'arrive pas pour les convulsions hystériques. En outre, dans ces dernières, la respiration n'est pas stertoreuse, et la malade revient rapidement à elle.

§ IV. Traitement.

Si le pouls est fréquent (ce qui n'est pas l'ordinaire), s'il y a de la céphalalgie, on pourra pratiquer une saignée, on appliquera quelques sangsues aux tempes ; mais ces moyens seront rarement nécessaires. Dans la plupart des cas, les antipasmodiques, associés à des stimulants diffusibles (valériane ou asa fœtida avec l'ammoniaque), soulageront la malade, une solution d'ammoniaque, portée sous le nez de la malade, sera d'un usage utile; en même temps on projettera de l'eau sur la face.

Quand l'accès est passé, on pourra administrer une petite dose d'opium, et après quelques heures de profond sommeil la malade se sentira tout à fait bien. On veillera à l'état de l'estomac. Il pourra être indiqué de conseiller quelques toniques ou un léger purgatif.

ARTICLE II.

CONVULSIONS ÉPILEPTIQUES
[[ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE]]

§ I. — Statistique

I. *Fréquence* — Cette variété de convulsions est de beaucoup plus fréquente que les deux autres.

AUTEURS.	NOMBRE de CAS.	CONVULSIONS	AUTEURS.	NOMBRE de CAS.	CONVULSIONS
Bland	1 897	2	Earle	4 320	8
Jos. Clarke	10 387	19	Rose	606	2
Merriman	2 947	5	Bailey	2 819	11
Granville	640	1	Toogood	1 135	1
Cusack	398	6	J. Lee	850	2
Maunsell	848	4	K. Watson	800	4
Collins	16 654	30	Copeland	1 290	3
Beatty	399	1	Arneth	6 527	13
Ashwell	1 266	3	Madame Boivin	20 357	19
Mantell	2 510	6	Madame Lachapelle	38 000	61
Churchill	600	2	J. Thompson	3 300	6
Hardy and M'Clintock	6 634	13	Johnston and Sinclair	13 748	63
F. H. Ramsbotham	68 435	67	Hall Davis	7 302	5

Ainsi nous trouvons 347 cas de convulsions sur 214 663 accouchements, c'est-à-dire un cas environ sur 618 1/4.

II. *Mortalité.* — Sur la quantité la mortalité est considérable, quoique peut-être à un moindre degré qu'autrefois. Parr (1) dit qu'il en meurt 7 sur 10. Hunter avance que la grande majorité succombe.

AUTEURS.	CAS de CONVULSIONS.	MÈRES décédées.	AUTEURS.	CAS de CONVULSIONS.	MÈRES décédées.
Giffard	4	2	Churchill	2	»
Smellie	8	2	Mantell	6	2
Perfect	14	5	Hardy and M'Clintock	13	3
Bland	2	»	F. H. Ramsbotham	43	3
Jos. Clarke	19	6	Arneth	13	4
Newman	36	8	Meigs	20	3
Ramsbotham	26	10	Huston	13	4
Maunsell	4	2	J. Thompson	6	»
Collins	30	5	Johnston and Sinclair	63	13
Beatty	1	»	Hall Davis	5	»

(1) Parr, *Medical Dictionary.*

Ainsi, sur 328 cas, 70 mères succombèrent, c'est-à-dire 1 sur 4 1/2.

Cette affection s'attaque à tous les tempéraments, mais elle paraît plus fréquente, suivant Collins (1), chez les femmes jeunes, fortes, pléthoriques à leur premier accouchement, surtout si elles sont courtes, épaisses et de brève encolure. Ramsbotham pense que les femmes qui ont beaucoup d'enfants y sont tout aussi exposées, si non plus. Cette assertion n'est cependant pas confirmée par la statistique, car sur 36 observations publiées par Merriman, 28 appartiennent à des primipares. Parmi les faits de Ramsbotham, plus des 2/3 appartiennent à des primipares. Sur 30 cas, Collins en a observé 29 chez des femmes à leur premier accouchement. 49 fois sur 63 Johnson et Sinclair ont vu ces convulsions survenir chez des primipares.

§ II. — Causes.

Les causes assignées aux convulsions puerpérales sont très-diverses et très-nombreuses. Locock énumère les suivantes : « Les causes immédiates des convulsions puerpérales, dit-il, sont souvent très-obscures. Elles paraissent quelquefois dépendre d'un état congestif du cerveau ; d'autres fois l'encéphale paraît être influencé par une irritation éloignée, siégeant soit dans l'utérus, soit dans l'appareil digestif. Et enfin les convulsions paraissent souvent provoquées par une irritation spéciale du système nerveux. On a remarqué qu'elles étaient plus fréquentes chez les femmes qui dès leur enfance ont été sujettes aux convulsions, surtout lorsque celles-ci avaient présenté des caractères épileptiformes. Qu'on puisse impliquer l'appareil utérin dans les causes productrices de cette maladie, ne me paraît pas douteux, puisque ces convulsions semblent liées à l'état de grossesse ou à l'état puerpéral. « L'accès peut être provoqué par une indigestion, ou par d'autres troubles digestifs. L'ingestion de certains aliments (des crustacés par exemple), à un moment donné, a paru dans l'état puerpéral avoir eu une influence sur l'explosion des attaques, bien que, à une autre époque, l'usage de ces aliments dans les mêmes conditions n'a eu aucun effet fâcheux ; une frayeur, un chagrin, ou une émotion imprévue, de nature à déprimer l'esprit, ont pu déterminer des crises. L'influence de ces causes a conduit à prouver que les femmes non mariées sont plus souvent les victimes de cette terrible affection que les femmes mariées. Les efforts violents que provoque le travail de l'enfantement en déterminant une irruption plus considérable de sang vers le cerveau ont pu quelquefois déterminer les crises convulsives (2). »

L'application de la théorie de Marshall Hall par Thompson, Murphy et Tyler Smith a jeté une vive lumière sur le sujet. Marshall Hall prétend qu'aucune lésion du cerveau ou du cervelet ne peut donner lieu à des

(1) Collins, *Pract. Treatise on Midwifery.*
(2) Locock, *Cycl. of Pract. med.*, art. PUERPERAL CONVULSIONS.

convulsions tant que le système spinal est indemne. Tyler Smith partage son opinion.

Il établit alors que la cause prochaine de la convulsion puerpérale réside dans une irritation du système spinal, surtout de la moelle allongée. Cette irritation lui est transmise des surfaces muqueuses par l'intermédiaire des nerfs du système excito-moteur (1). Murphy énumère au nombre des causes directes l'irritation morbide de l'utérus produite par l'hypérémie ou l'anémie, ou l'irritation de tout autre organe; les convulsions sont pour lui la preuve la plus belle et la plus manifeste de l'existence des actions nerveuses réflexes. Les nerfs périphériques qui animent l'organe affecté communiquent rapidement leurs impressions au système nerveux spinal, qui, comme un centre excito-moteur, renvoie cette irritation à tous les muscles volontaires et aux muscles respiratoires. Même les muscles involontaires, comme l'utérus et le cœur, n'échappent pas à son influence. Tyler Smith, dans son admirable travail, après avoir fait des études approfondies sur les causes des convulsions, ajoute : « En somme, et pour donner un résumé du sujet, les véritables convulsions puerpérales ne peuvent survenir que quand l'organe central de ce système, la *moelle épinière* a été impressionnée par l'excitation des nerfs qui s'y rendent, notamment des nerfs *eisodiques*, qui, passant par l'utérus, se terminent dans le centre spinal, quand cette excitation dépend de la grossesse, de l'accouchement ou de l'état puerpéral. Pendant que la moelle reste sous l'influence d'un stimulant de cet ordre, les convulsions peuvent se produire par deux séries de causes.

1° Celles qui agissent primitivement sur la moelle, ou causes centrales.

2° Celles qui affectent les extrémités périphériques des branches nerveuses qui s'y terminent (causes d'origine excentrique ou périphérique).

1° *Causes agissant immédiatement sur l'organe central :*

A. Compression sur la moelle allongée par congestion, par des caillots ou par un épanchement intra-crânien.

B. Perte de sang.

C. Éléments morbides dans le sang.

D. Émotions vives.

2° *Causes agissant sur la périphérie des nerfs :*

A. Irritation des nerfs spinaux *eisodiques* dans l'utérus.

B. Irritation des nerfs excitateurs dans le crâne.

C. Irritation des nerfs spinaux eisodiques du rectum.

D. Irritation des nerfs ovariques.

E. Irritation des branches gastriques et intestinales du pneumogastrique.

F. Irritation des nerfs eisodiques de la vessie.

(1) Tyler Smith, *Essay on the epilectic form of puerperal Convulsions* (Ranking's *Abstract.*, vol. VIII, p. 313).

G. Parmi les causes probables qu'on a signalées, il faut citer encore l'irritation des nerfs cutanés des mamelles, des rameaux hépatiques et rénaux du pneumogastrique.

Quoique notre sujet admette parfaitement la division précédente, plusieurs causes peuvent agir simultanément, qu'elles soient d'origine centrale ou excentrique. Je n'ai pas tenté d'établir la division en causes prédisposantes et excitantes, immédiates et éloignées, à l'exemple de la plupart des auteurs, car il est évident qu'une de ces causes, qui dans un cas sera excitante ou immédiate, peut dans une autre cause être prédisposante ou éloignée (1). » Plus tard, Tyler Smith cherche à expliquer la manière d'agir des différentes causes et à en montrer le progrès graduel depuis le début jusqu'à la fin de l'accès convulsif. Ces recherches, quoique très-méritoires et pleines d'intérêts, sont trop longues pour être citées ici. Je renverrai donc les lecteurs à l'ouvrage de Tyler Smith, persuadé qu'ils retireront avantage et intérêt de cette lecture.

Parmi les causes excitantes les plus ordinaires, on signale les excès dans le boire et le manger, les émotions vives, la frayeur, comme dans l'observation de Denanm (2), qui a vu une dame qui, dans une partie de plaisir, eut sa voiture brisée. Elle était près du terme de sa grossesse. Elle eut une grande frayeur, quoiqu'elle ne reçût pas même une contusion. Lorsqu'elle fut prise des premières douleurs, elle eut des convulsions au milieu desquelles elle succomba, sans avoir été délivrée.

Robbs (3) a rapporté une observation dans laquelle les convulsions paraissent avoir été produites par l'existence de vers, car elles cessèrent aussitôt après l'expulsion de deux grands lombrics.

Les influences atmosphériques, suivant Dugès (4), paraissent avoir une action spéciale sur la production de cette affection qui semble alors prendre le caractère épidémique. Cette opinion est confirmée par les recherches de Ramsbotham, qui fait à ce sujet les remarques suivantes : « Plus d'une fois j'ai observé parmi les nombreuses patientes du *Royal maternity Charity*, aussi bien que parmi d'autres que je visitai accidentellement, que plusieurs cas s'étaient montrés successivement chez plusieurs d'entre elles. Je laisse à d'autres le soin de déterminer s'il n'y a là qu'une simple coïncidence ou l'influence de quelque agent atmosphérique. Mais j'avoue que je penche vers cette dernière manière de voir. J'ajoute encore que j'ai eu l'occasion d'en constater plusieurs cas pendant les temps chauds, alors que les nuages étaient chargés d'électricité, que le temps menaçait d'être orageux (5). » Beaucoup de médecins ont probablement

(1) Tyler Smith, *Parturition and obstetrics*, p. 306.
(2) Denman, *Introduction to midwifery*, p. 429.
(3) Robbs, *Med. Gazette*, 21 septembre 1849.
(4) Dugès, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1831, vol. VI, p. 541, art. ÉCLAMPSIE.
(5) Ramsbotham, *Pract. obs. in midwifery*, vol. I, p. 250.

eu l'occasion d'observer plusieurs cas de convulsions arrivant en même temps comme si elles dépendaient de la même cause.

En parlant des causes excitantes, on ne peut passer sous silence les conditions spéciales de l'urine. Hamilton (1) et Demanet (2) les premiers ont établi que souvent les convulsions puerpérales étaient précédées par de l'anasarque, et leurs observations ont été confirmées par les meilleures autorités. Simpson (3) et Lever (4) furent les premiers qui relièrent cette hydropisie à cet état particulier des reins qui cause l'albuminurie, et depuis eux les recherches de Cahen (5) et Bouchut (6), Rayer (7), Depaul (8), Cazeaux (9), [Braun (10) et Imbert-Gourbeyre (11)] ont confirmé leurs observations.

Il est hors de doute que dans un grand nombre de cas de convulsions il existe de l'albuminurie avec ou sans anasarque, mais d'un autre côté il peut exister de l'albuminurie sans convulsions, et il peut se produire des convulsions sans albuminurie. Par exemple, Blot (12) a trouvé de l'albumine dans l'urine de 41 femmes enceintes sur 205, surtout chez les primipares; Litzmann (13) a examiné l'urine de 131 femmes : chez 79 pendant la grossesse, chez 80 pendant le travail, chez 80 après l'accouchement, 37 fois il y avait de l'albumine, 95 fois il n'y en avait pas de traces. Sur les 37 premières il y avait 26 primipares. Il est impossible de préciser exactement quelle est la relation entre ces deux phénomènes. Je crois avec Simpson que tous deux sont sous la dépendance d'une même cause, c'est-à-dire un état morbide du sang, à la production duquel la grossesse prédispose (14). Ou bien cette excrétion de l'albumine dérange l'équilibre des éléments constitutifs du sang à ce point que leur disproportion donne lieu à des effets morbides. C'est là l'opinion de Braun (15), qui dé-

(1) Hamilton, *Duncan's Annals of med.*, vol. V, p. 313.

(2) Demanet, *Recueil périodique de la Société de médecine*, vol. X, p. 110.

(3) Simpson, *Edinburgh medical Journal*, octobre 1852.

(4) Lever, *Guy's Hospital Reports*, 1843.

(5) Cahen, *Sur l'éclampsie puerpérale*, thèse, 18 juillet 1846.

(6) Bouchut, *Note sur un cas de néphrite albumineuse développée pendant la grossesse* (*Gazette médicale*, 1846).

(7) Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1840, t. II, p. 399.

(8) Depaul, *Note sur un cas rare d'éclampsie* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1851, t. XVI, p. 1051); *Rapport sur un mémoire de M. Mascaret sur les convulsions puerpérales* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier. 1854, t. XIX, p. 266).

(9) Cazeaux, *Communication sur les convulsions des femmes enceintes* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1854, t. XIX, p. 285).

(10) Braun, *Wiener medic. Wochenschrift*, 1853.

(11) Imbert-Gourbeyre, *De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1856, t. XX, p. 1).

(12) Blot, *De l'albuminurie chez les femmes enceintes*, thèse. Paris, 1849; *Union médicale*, 10 octobre 1852.

(13) Litzmann, *Deutsche Klinik*, mai, juin, juillet 1850.

(14) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, octobre 1853.

(15) Braun, *Ueber Eklampsie* (*Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie*), 1853; *Des convulsions urémiques des femmes grosses*, traduction de Petard. Paris, 1858. Un excellent ouvrage auquel je ne puis mieux faire que de renvoyer le lecteur.

signe la maladie sous le nom d'*éclampsie urémique*, provenant de l'empoisonnement urémique du sang. Il la considère comme le premier degré de la maladie de Bright. Frerichs (1) a signalé l'altération du sang chez les femmes enceintes, c'est-à-dire l'augmentation de l'eau et de la fibrine, la diminution de l'albumine, la diminution des globules rouges et l'augmentation des corpuscules blancs comme une cause secondaire. Cormack a publié un excellent mémoire sur la relation qui existe entre la congestion rénale et les convulsions puerpérales. Il considère que dans un grand nombre de cas ces convulsions sont les résultats toxiques de la non-élimination des produits excrémentiels du sang et que, le plus souvent, ces faits de non-élimination dépendent de congestion rénale causée par la compression qu'exerce l'utérus gravide (2).

Beaucoup d'auteurs ont avancé que la préexistence de l'épilepsie est une cause prédisposante des convulsions puerpérales, comme je l'avais fait moi-même dans une précédente édition de ce livre, mais je suis aujourd'hui très-porté à douter de cette influence. Tyler Smith, dans l'ouvrage que j'ai cité tout à l'heure, fait remarquer que les affinités supposées entre l'épilepsie et les convulsions puerpérales méritent une certaine attention. Il semblerait *à priori* que les épileptiques ou les individus qui ont été sujets aux convulsions pendant leur enfance doivent être plus disposés à avoir des convulsions pendant l'état puerpéral. Il semblerait aussi que les femmes qui ont eu des convulsions puerpérales soient plus exposées à avoir dans la suite des attaques d'épilepsie. Mais l'expérience ne confirme ni l'une ni l'autre de ces hypothèses (3).

Dans une plus récente publication l'auteur mentionne que sur 51 grossesses survenant chez 15 femmes épileptiques, 2 seulement eurent des convulsions puerpérales (4), et l'expérience de Hardy et M'Clintock viennent à l'appui de cette observation. Parmi les cas graves d'épilepsie survenant avant le mariage et que j'ai eu l'occasion de voir, chez une seule je notai des convulsions pendant l'accouchement, tandis que parmi les nombreux cas de convulsions puerpérales que j'ai eu à soigner je n'en sais aucun où les convulsions se soient renouvelées en dehors de la grossesse.

Voici un fait très-curieux de convulsions périodiques survenant pendant la grossesse uniquement.

Observation I. — La femme d'un citoyen de Ferrare, âgée de vingt ans, d'un caractère bilieux, mère de trois enfants, fut atteinte d'épilepsie périodique chaque fois qu'elle avait conçu et voyait les accès se renouveler une fois tous

(1) Frerichs, *Die Brightische Nierenkrankheit und deren Behandlung*. Brauschweig, 1851.
(2) Cormack, *Lancet*, 13 avril 1850.
(3) Tyler Smith, *Parturition and obstetrics*, p. 328.
(4) Tyler Smith, *Med. Gazette*, 1849, vol. IX, p. 1074.

les quinze jours pendant toute la durée de sa grossesse. Aussitôt qu'elle était accouchée la maladie disparaissait. La présence d'accès épileptiques était toujours pour elle un signe certain de grossesse (1).

J'ai observé un fait à peu près analogue.

Observation II. — Une dame fut prise d'attaques épileptiformes la première fois qu'elle conçut, et elles reparurent au moment où elle sentit remuer son enfant. Elle n'eut pas d'accès à une seconde grossesse, mais il n'en fut pas de même à la troisième. Elle traversa les douleurs de l'enfantement sans présenter un vestige d'accès convulsif.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes des convulsions épileptiques ressemblent beaucoup, si même ils ne sont complétement identiques, à ceux de l'épilepsie. Dans la plupart des cas, il y a des symptômes précurseurs. La malade, souvent assez longtemps d'avance, souffre de douleurs de tête, d'étourdissements, de bourdonnements dans les oreilles, d'obscurcissement de la vue, de perte temporaire de la sensibilité, de frissons, de nausées et même de vomissements. La face est congestionnée et les yeux injectés. Hamilton l'aîné mentionne particulièrement une douleur intense dans le front; Denman mentionne une vive douleur à l'estomac et considère les cas où elle domine comme les plus graves. Osiander a signalé le gonflement des mains et de la face précédant l'attaque. Presque tous les praticiens connaissent cet état de gonflement hydropique de la face seule, ou de la face et des extrémités supérieures, généralement suivi de convulsions, et que nous pouvons classer parmi les symptômes précurseurs, si en même temps l'urine renferme de l'albumine. Dans quelques cas rares cependant, il n'y a aucun symptôme précurseur, et la malade n'est avertie qu'au moment de perdre connaissance. L'aura épileptique est rarement ressentie.

A mesure que le moment de l'attaque approche, les symptômes s'aggravent : les pupilles se dilatent, la face est plus injectée, les yeux sont fixes, et la malade perd connaissance.

Pendant l'attaque, la face est enflée, d'une couleur rouge foncé ou violacée, et contournée par des contractions spasmodiques. Les yeux sont agités, la langue est pendante, et la mâchoire inférieure se meut à plusieurs reprises avec assez de force pour meurtrir fréquemment la langue. Une grande quantité d'écume est rejetée par la bouche qui est souvent complétement déviée. Les muscles du cou agissent d'une manière violente et irrégulière; les membres sont lancés de tous côtés, et avec une telle force, qu'il est quelquefois impossible de maintenir la malade dans son lit. La

(1) Lanzoni, *Ephem. Germ.*, 11 décembre an X, p. 160.

respiration est tout d'abord irrégulière, et paraît sifflante en passant au travers des dents serrées, et de l'écume qui remplit la bouche peu à peu; elle est complétement suspendue. Le pouls est fréquent, au commencement il est dur et plein ; mais il devient bientôt petit et presque imperceptible. Le corps participe à la couleur rouge de la face. Les urines et les matières fécales sont involontairement expulsées. Ce terrible paroxysme ne dure cependant pas très-longtemps. Après une période de temps qui varie à cinq minutes en une demi-heure, les mouvements convulsifs deviennent moins violents et cessent graduellement. La physionomie est moins bouleversée et prend peu à peu un aspect plus naturel et plus calme. Les paupières s'abaissent, la respiration, bien qu'encore sifflante, devient plus régulière; la circulation se rétablit, le pouls devient plus perceptible quoique toujours plus fréquent; la malade reste tranquillement dans son lit, et la crise est momentanément terminée.

Entre les crises, l'état de la malade est très-variable ; elle peut reprendre suffisamment connaissance pour reconnaître les personnes qui l'entourent, et pour s'apercevoir qu'il lui est arrivé quelque chose d'extraordinaire, sans se rendre compte de ce que c'est, et sans pouvoir s'exprimer clairement. Dans d'autres cas, le retour de l'intelligence (mais avec perte de la mémoire) peut être complet jusqu'à l'approche d'une nouvelle crise, mais il est accompagné d'une grande faiblesse, de douleurs de tête et de désordre dans les idées. Ce sont là les cas qui donnent le plus d'espoir. D'autres malades, au contraire, restent dans un état complet d'insensibilité allant presque jusqu'au coma ou à l'asphyxie, avec une respiration sifflante ou stertoreuse, et sans aucun mouvement musculaire et sans agitation du corps ou du membre. Ce calme n'est jamais de longue durée. Il peut durer une demi-heure ou deux heures; mais tôt ou tard, le paroxysme revient pour être bientôt suivi d'un intervalle de calme, qui lui-même est bientôt remplacé par un nouveau paroxysme. J'ai vu jusqu'à dix-huit paroxysmes survenir dans les vingt-quatre heures. Comme je l'ai déjà dit, chez la plupart des femmes les urines sont albumineuses. Lever fait observer : « J'ai soigneusement examiné les urines dans tous les cas de convulsions puerpérales et les ai constamment trouvées albumineuses » ; et cette observation a été confirmée par Simpson, Sabatier (1), Legroux, Richelot, Prestat (2), Blot, Mascarel, Braun et autres. Des études plus récentes ont jeté de nouvelles lumières sur la présence de cette affection rénale. C. De Villiers et Jules Regnauld (3) l'ont observée dès le sixième mois; Litzman, pas avant le huitième (4) : le symptôme le plus caractéristique est l'hydropisie des mains, et de la face; mais l'hydropisie n'existe pas nécessairement. « La

(1) Sabatier, *Union médicale*, 14 mai 1853.
(2) Prestat, *Sur l'éclampsie*, thèse. 1839.
(3) Devilliers et Regnauld, *Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes* (*Archives générales de médecine*, 1848, 4e série, t. XVI, p. 158).
(4) Litzman, *Association Journal*, 21 janvier 1853, p. 64.

quantité d'albumine est toujours perceptible, et augmente à mesure que le moment de la délivrance approche. Suivant l'intensité de la durée de l'altération des reins, on trouve dans les urines des tubes urinifères en plus ou moins grande proportion. L'épithélium qui les tapisse est tantôt normal (fig. 335), tantôt il a subi la dégénérescence graisseuse (fig. 336 et 337). Dans les cas les plus bénins, la présence des tubes n'est constatée qu'au moment de l'accouchement ou aussitôt après. L'examen le plus minutieux dans tous les cas ne permet de noter qu'une diminution très-faible dans la quantité de l'urine. Cormack et Litzman attribuent la présence de l'albumine à la compression du rein par l'utérus hypertrophié déterminant la congestion de l'organe. Et comme argument à l'appui de cette

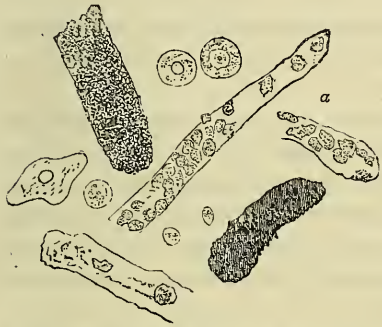


Fig. 335. — Moules. — Quelques-uns pourvus d'épithélium. Deux sont d'une couleur très-foncée par la présence d'urate de soude (Beale, pl. XVIII, fig. 85).

Fig. 336. — Petits moules granuleux (Beale, pl. XVIII, fig. 86).

Fig. 337. — Moules de tubes contenant des globules huileux (Beale, pl. XVIII, fig. 88).

opinion, ils mettent en avant la plus grande fréquence de l'albuminurie chez les primipares. Ils ne la regardent pas comme une conséquence de la dégénérescence granuleuse du rein; en réalité le caractère passager du phénomène n'est pas en rapport avec la permanence de la lésion organique.

Hasendonck regarde l'albuminurie comme une hypérémie mécanique du rein ; et cet auteur cite Finger, qui a examiné l'urine dans 522 cas analogues et y a trouvé de l'albumine 155 fois, parmi lesquels il a constaté deux morts à la suite de convulsions (1). Seyfert l'attribue aux troubles survenus dans la respiration et dans la circulation. D'après la majorité des observateurs, l'albumine disparaît après un temps très-court, souvent quarante-huit heures après l'accouchement.

(1) Finger, *Arch. de méd. belge*, décembre 1853.

La terminaison de l'attaque est variable chez les différentes patientes; quelques-unes restent dans un état de demi-stupeur et de grand épuisement pendant des heures, même pendant des jours, et graduellement elles se rétablissent. D'autres malades deviennent maniaques et peuvent rester dans cet état pendant longtemps et finissent par guérir. Une de mes malades est restée dans cet état de trouble intellectuel pendant bien des mois avant de se rétablir. Dans un petit nombre de cas, la malade reste dans le coma, et graduellement arrive à un état qui ressemble à l'apoplexie, et succombe. Il s'en faut de beaucoup, cependant, que la guérison soit toujours complète. Quelquefois la malade reste dans un état apoplectiforme, ou elle devient sourde ou aveugle, ou aphasique; ou bien encore, les membres sont paralysés. En définitive, il semble que le sensorium ait subi quelque atteinte grave et que les parties correspondantes du corps s'en ressentent (1).

Des observations de paralysie partielle ou complète sont publiées par Lever, Simpson et autres, comme étant une des terminaisons des convulsions.

J'ai déjà dit que les convulsions peuvent frapper les malades, soit *pendant la grossesse*, soit *pendant le travail*, soit *après la délivrance;* les femmes enceintes sont plus spécialement sujettes à cette maladie pendant les deux derniers mois, bien qu'elle puisse survenir plus tôt et à des intervalles irréguliers. Plus la malade est près du moment de l'accouchement, plus grand est le péril, à cause de l'excessive distension de l'utérus et de son extrême irritabilité.

Bien que le début du travail puisse passer inaperçu à un examen soit externe, soit interne, au moment où l'attaque éclate, le travail peut cependant commencer et suivre son cours normal pendant la durée de l'attaque. Dans ce cas, les crises seront synchrones avec des contractions utérines, quoique ne se reproduisant pas avec chacune des contractions.

Dans bien des cas, cependant, l'utérus reste parfaitement inerte, et la grossesse peut continuer assez longtemps. Dans presque tous les cas, l'enfant est mort-né et même déjà putréfié; mais il est difficile de déterminer si la mort de l'enfant précède les convulsions ou si elle en résulte. Dans le premier cas, ne pouvons-nous pas attribuer les convulsions à la présence de l'enfant mort, agissant comme corps étranger? Ramsbotham fait remarquer : « Quand le résultat doit être satisfaisant, les convulsions se reproduisent rarement, mais la grossesse n'arrive pas à son terme normal. Le travail commence au bout de quelques jours, et quelquefois même au bout des vingt-quatre heures. Il poursuit généralement son cours aussi régulièrement et aussi naturellement que si aucun accident ne l'avait précédé; mais trop fréquemment l'enfant est mort-né, et souvent même porte des traces de putréfaction (2).

(1) Blundel, *Obstetricy*, p. 638.
(2) Ramsbotham, *Prat. obs. in midwifery*, p. 641, note.

Le travail suit généralement un cours normal, et, dans la majeure partie des cas, la mère se remet assez bien ; il y a cependant des exceptions terribles, comme dans l'exemple suivant :

Observation III. — Une dame, vers la fin de sa grossesse, est prise de convulsions : on fait chercher la sage-femme qui devait l'assister ; celle-ci déclare que le travail n'est pas commencé, et qu'il est inutile qu'elle demeure. Elle quitte la maison, et en revenant voir sa malade le lendemain matin, elle la trouve morte. L'enfant dont on n'avait pas soupçonné la naissance était sans vie sous les draps (1).

Quand les convulsions surviennent au début de la grossesse, il semblerait naturel de les attribuer, au moins dans quelques cas, à la mauvaise présentation de l'enfant; mais il n'en est rien, il est très-rare de voir coïncider une mauvaise présentation avec les convulsions.

Pendant le travail, la crise a lieu au début d'une douleur, bien qu'il n'y en ait pas à chaque douleur. La contraction utérine donne lieu à plus de souffrance que la convulsion. Les symptômes que j'ai décrits paraissent encore plus caractérisés dans l'attaque qui survient pendant le travail que dans celle qui survient pendant la grossesse. Les contractions utérines ne sont nullement enrayées par les crises ; le travail poursuit son cours dans le temps normal, s'il n'est terminé artificiellement; l'enfant, bien qu'en danger, n'est pas nécessairement condamné.

Il est à remarquer, et il n'est pas facile d'en donner la raison, que, après les convulsions, et l'accouchement une fois terminé, la mère est très-exposée aux inflammations abdominales qui viennent encore ajouter aux dangers qu'elle court.

Denman, le premier, je crois, a signalé le fait que Collins et d'autres ont confirmé depuis, et dont il faudra tenir compte dans le traitement.

Quand les convulsions arrivent *après l'accouchement*, elles se montrent généralement deux ou quatre heures après la naissance de l'enfant ; quelquefois plus tard, on ne doit pas hésiter à les attribuer à quelque impression sur le système nerveux ou sur le cerveau pendant l'accouchement, sans que nous puissions en préciser la nature. Je ne crois pas qu'on puisse incriminer la longueur ou la difficulté du travail, car les convulsions surviennent aussi bien après un accouchement naturel. Une perte de sang au moment de la délivrance ne prévient pas l'explosion de l'accès, et elle ajoute certainement au péril par la faiblesse extrême qu'elle provoque.

Dugès considère les cas de convulsions après l'accouchement comme obéissant beaucoup mieux que les autres au traitement, tandis que Ramsbotham est d'un avis diamétralement opposé. Pour ma part, je pense que

(1) Blundel, *Obstetricy*, p. 641, note.

lorsque les convulsions se montrent durant le travail et persistent après l'accouchement, le traitement n'a sur elles que peu d'influence; viennent ensuite les convulsions survenant pendant le travail seulement, puis celles qui arrivent après la délivrance, et enfin les moins mauvaises sont celles qui ont lieu pendant la grossesse.

[[Bourneville, qui a étudié avec un soin minutieux la marche de la température dans l'éclampsie, est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° Dans l'état de mal éclamptique la température s'élève depuis le début des attaques jusqu'à la fin;

« 2° Dans les intervalles des accès, la température se maintient à un chiffre élevé, et, au moment des convulsions, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle;

« 3° Enfin, si l'état de mal éclamptique doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très-élevé, — si, au contraire, les accès disparaissent et si le coma diminue, ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement et revient au chiffre normal (1). »]]

Après la disparition complète des convulsions et des accidents consécutifs, la malade peut revenir à son état de santé normal, et les grossesses suivantes ne sont pas accompagnées des mêmes phénomènes.

§ IV. — Anatomie pathologique.

Dans la majorité des cas, l'autopsie n'a fourni que peu de résultats. Le plus souvent, on ne trouve aucune modification dans l'état de l'encéphale (2). Dans d'autres circonstances, suivant Braun, on trouve de l'œdème anémique et une diminution dans la consistance du cerveau. Parfois les vaisseaux cérébraux sont turgides, ou il existe une suffusion séreuse à la base du cerveau ou dans les ventricules. Le cœur est généralement flasque et vide et les poumons sont pâles. On trouve aussi quelquefois du liquide dans la plèvre et dans le péricarde; on constate, dans certains cas, une inflammation péritonéale.

Dans quelques circonstances, la rate est augmentée de volume, et les reins sont congestionnés. Braun prétend que ces organes peuvent offrir les altérations propres à l'une des périodes de la maladie de Bright. Il a donné une très-longue description de l'état des reins; mais l'étendue de ce livre ne comporte pas une aussi longue citation. Je renverrai donc le lecteur au travail de Braun.

(1) Bourneville, *Nouvelles recherches sur la température dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale* (*mouvement médical*, nouvelle série, 1873, p. 174).

(2) Bouteilleux, thèse, Paris, 1816. — Madame Lachapelle, *Pratique de l'Art de l'accouchement*. Paris, 1838, vol. III, p. 23. — *Distribution des prix à la Maternité*. Paris, 1838, p. 31. — Baudelocque, thèse, p. 63. — Ciniselli, *Ann. univ. di med.*, vol. LXXX, p. 472.

§ V. — Diagnostic.

1° *Avec les convulsions hystériques.* — Dans l'attaque que je viens de décrire, il y a perte de connaissance complète avec contraction musculaire très-forte ; il y a de l'écume à la bouche. Les accès se répètent souvent ; le retour à l'état ordinaire est incomplet, ou même il y a une insensibilité complète pendant les intervalles. Dans les convulsions hystériques, au contraire, à peine la malade perd-elle la conscience de ses actes, elle n'a pas d'écume à la bouche. Les accès ne se renouvellent pas souvent, et le retour à la santé est complet, après chaque attaque. Les sanglots, les soupirs, les pleurs et les cris sont spéciaux à l'hystérie.

2° *Avec les convulsions apoplectiformes.* — Dans les convulsions épileptiques, tout le corps est saisi de spasmes violents qui se répètent avec des intermittences, quelquefois même il y a un retour partiel au sentiment. La respiration est sifflante et stertoreuse. Les muscles conservent leur tonicité pendant les intervalles, tandis que dans les convulsions apoplectiformes les mouvements spasmodiques se montrent dès le début et ne se répètent pas, le sentiment et la sensibilité sont complétement abolis. La respiration est stertoreuse. Les muscles perdent toute leur action. Quand on soulève le bras, il retombe inerte, comme le bras d'un cadavre.

[[3° *Avec l'urémie.* — La marche de la température est dans ce cas un élément de diagnostic important, et M. Bourneville (1) a pu conclure de ses recherches cliniques que :

« 1° Au début, on note un *abaissement* de la température dans *l'urémie;* une *élévation* de la température dans *l'éclampsie puerpérale.*

« 2° Dans le cours de l'*urémie*, la température baisse progressivement, tandis que dans le cours de l'*état de mal éclamptique* elle s'élève de plus en plus à partir de l'éclosion des accès et cela avec une grande rapidité.

« 3° Ces différences s'accentuent encore aux approches et au moment même de la mort ; dans l'*urémie* la température descend très-bas, bien au-dessous du chiffre normal (28°, 1) ; dans l'*éclampsie puerpérale*, elle arrive au contraire à un chiffre très-élevé (43°). »

4° *Avec l'épilepsie.* —Le diagnostic est de la plus grande difficulté, les symptômes étant à peu près identiques ; néanmoins on diagnostiquera l'éclampsie par l'existence du produit de la conception ; par la présence de l'albumine dans les urines, et souvent de l'œdème des membres et de la face et par l'absence de phénomènes convulsifs antérieurs.

Il peut se faire cependant que l'on ait affaire à une femme épileptique devenue enceinte, on comprend quel doit être alors notre embarras ; mais M. Bourneville a fait remarquer en se fondant sur les faits qu'il a

(1) Bourneville, *Nouvelles recherches sur la température dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale* (*Mouvement médical*, nouvelle série, 1873, p. 174).

observés à la Salpêtrière que les épileptiques enceintes ne paraissaient pas sujettes à des accidents éclamptiques (1).]]

§ VI. — Pronostic.

En somme, la mortalité est considérable, quoique probablement infiniment moindre aujourd'hui qu'autrefois. Nous avons constaté qu'il meurt environ une malade sur quatre.

§ VII. — Traitement.

La division des convulsions en sthéniques et en asthéniques doit être conservée lorsqu'il s'agit du traitement.

Quand la malade est pâle, exangue et faible, il faut être sobre d'émissions sanguines. Cependant on peut les employer, mais nous conseillons plus volontiers les révulsifs sur la tête, sur le cou, l'application modérée du froid, le calomel et l'opium, et enfin les anesthésiques. Dans la forme sthénique quand la tête est chaude, quand la face est congestionnée, le pouls plein, fort et fréquent, la première chose à faire est de tirer du sang par la veine du bras ou par l'artère temporale. Le sang doit couler largement, et la saignée doit être faite le plus tôt possible après la convulsion. Si les accès continuent on répétera la saignée. Denman a tiré en pareil cas 40 onces, et Blundell 70 onces de sang à une malade; l'absence de soulagement immédiat ne doit pas détourner le médecin de l'emploi libéral de la saignée. Le principal bénéfice de ce traitement est bien plus dans l'établissement plus rapide de la convalesence, que dans l'arrêt soudain des accès. Pour arriver à un résultat satisfaisant il suffira le plus souvent de tirer vingt ou trente onces de sang. Mais si les convulsions ont duré depuis longtemps, ou si elles ont débuté très-subitement, il sera nécessaire de faire une saignée de 30, 40 ou même 50 onces, si les symptômes sont très-alarmants. La règle sera que le pouls deviendra souple et mou avant d'arrêter l'écoulement du sang. Dans les cas extrêmes dans lesquels j'ai été consulté quelquefois, j'ai cru nécessaire de revenir à une seconde saignée deux ou trois heures après la première; jamais en pareil cas je n'ai laissé tirer plus de 15 onces de sang (Davis) (2). La saignée a en outre l'avantage de prévenir l'inflammation abdominale à laquelle aucune malade à notre connaissance n'a été exposée après ce traitement. S'il y a la moindre contre-indication à la saignée générale, on appliquera des sangsues, ou bien si la malade est assez calme, on appliquera des ventouses scarifiées à la nuque. Braun est complétement opposé à la saignée dans l'éclampsie des anémiques, non-seulement parce qu'elle sera

(1) Bourneville, *De l'état de mal épileptique* (*Mouvement médical*, nouvelle série, 1872, p. 252).

(2) Davis, *Obstetric medicine*, vol. II, p. 1027.

inutile, mais encore parce qu'elle peut apporter à la malade un dommage irréparable.

Il serait bon ensuite d'administrer un purgatif violent (du calomel et du jalap par exemple). L'évacuation des intestins produit généralement un grand bien, et le purgatif excite aussi quelquefois les contractions utérines, et hâte la délivrance.

On peut alors faire raser la tête et y faire des applications d'eau froide ou de glace. Denman a préconisé les affusions froides. Il rapporte l'observation suivante :

Observation IV. — « Sur une malade atteinte de convulsions, qui avait été saignée, et sur laquelle beaucoup d'autres moyens avaient été essayés en vain, je me décidai à essayer l'effet de l'eau froide. Je m'assis près du lit de la malade, un large bassin d'eau sur les genoux, un faisceau de plumes à la main. Le corps était agité et annonçait par divers signes la souffrance, souffrance évidemment causée par l'action de l'utérus au moment des convulsions. A ce moment j'aspergeai d'eau la figure de la malade, recommençant à plusieurs reprises, et empêchant les convulsions. Le résultat de ces moyens fut aussi surprenant pour moi que pour les personnes présentes. A chaque indication de douleur, je recommençais avec un égal succès ; et je continuais jusqu'à ce que la malade fût délivrée. Elle n'eut plus qu'une seule convulsion, et cette fois l'usage de l'eau froide avait été négligé. »

On a parfois recommandé un bain chaud. Le résultat de ce moyen est douteux et dans bien des cas il serait à peu près impossible à appliquer.

Après un certain temps, on peut couvrir de vésicatoires la tête et la nuque, la contre-irritation pouvant hâter le rétablissement de la malade.

Quand, après une abondante saignée et un purgatif actif, la crise semble s'apaiser, on a conseillé d'administrer de l'opuim. Cette opinion a été vivement controversée. Je crois qu'il faut attribuer ces divergences d'opinion, à ce que le moment précis où il convient d'administrer ce médicament n'a pas été suffisament indiqué par Cervey qui le préconisait. Les personnes les plus autorisées sont unanimes pour reconnaître l'utilité de l'opium, dans les conditions que j'ai déjà mentionnées. Collins dit : « Plusieurs de nos meilleurs auteurs ont condamné l'usage de l'opium dans les convulsions, le considérant comme nuisible et même fatal. Une longue expérience m'a convaincu qu'il était non-seulement innocent, mais très-utile dans les cas où les crises continuent après la délivrance, et j'espère que les observations rapportées prouveront qu'il y a d'autres conditions, où l'usage de l'opium est également utile. Le mélange de l'opium et du tartre stibié est excellent. » Le calomel à haute dose a donné de bons résultats. Collins conseilla le mélange d'opium et de tartre stibié, à dose suffisante pour produire des nausées sans vomissements. Dans tous les cas de convulsions que j'ai rencontrés, après avoir mis en usage les saignées abondantes; les purgatifs, adoptant en même temps tous les

moyens nécessaires pour protéger la malade pendant les crises, j'ai essayé de la mettre sous l'influence de l'émétique de manière à amener des nausées sans vomissements. Dans ce but j'ai administré une cuillerée à bouche de la potion suivante toutes les demi-heures.

Eau de Pouliot.....	250 grammes.
Tartre stibié.....	50 centigr.
Teinture d'opium.....	30 gouttes.
Sirop simple.....	8 grammes.

« Dans quelques cas, la dose de tartre stibié employée n'était que de 4 grains pour une potion de 8 onces; dans quelques autres cas la dose d'opium était légèrement augmentée. »

Il est indispensable d'introduire entre les dents un morceau de bois ou de cuir pour éviter que la malade ne se fasse mal à la langue; il faut en outre la mettre dans l'impossibilité de se blesser en éloignant tout ce qui pourrait l'atteindre pendant les crises.

Ce traitement s'applique également aux convulsions survenant pendant ou après le travail. Dans le dernier cas l'opportunité de la saignée dépend entièrement de l'état de la malade.

On a proposé d'administrer des anesthésiques pour produire l'insensibilité, et calmer ainsi les convulsions. Jusqu'ici, autant qu'on en peut juger par les observations publiées, ce remède paraît des plus précieux.

W. Channing de Boston s'est servi d'éther dans dix cas. Six fois les malades guérirent, trois fois la vie de l'enfant fut sauve. La proportion est évidemment plus favorable que dans les cas où ce moyen n'a pas été employé (1). Turner de Mansfield a administré avec un plein succès le chloroforme dans un cas de convulsion après l'accouchement. Le chloroforme donné à la moindre menace de convulsion arrêtait aussitôt l'accès, et la malade se rétablit (2). Keith a usé de ce moyen contre des convulsions survenant pendant la grossesse. Les accès furent calmés, et lorsque le travail commença, la malade fut maintenue sous l'influence du chloroforme jusqu'après la délivrance. Elle guérit complétement (3). Dans un cas publié par Morris, le succès fut également complet (4). Dans un fait qui se passa à Gosport, l'inhalation du chloroforme fut continuée pendant trois heures, après que la malade eut eu 33 accès, la guérison fut obtenue (5). Shekelton, qui fut chirurgien en chef du Lying-in-hospital de Dublin, a employé le chloroforme neuf fois, cinq fois les convulsions furent complétement arrêtées, et quatre fois la fréquence et l'intensité en

(1) Channing, *On etherisation in midwifery*, p. 307-330.
(2) Turner, *Lancet*, 12 janvier 1850, p. 53.
(3) Keit, *Edinburgh monthly Journal*, août 1850.
(4) Morris, *Ibid.*, mai 1849, p. 767.
(5) *Med. Times*, 23 mars 1850, p. 229.

furent diminuées (1). Bolton eut recours à ce médicament après que la saignée et l'opium eurent échoué, il a obtenu des succès (2). J'ai moi-même eu l'occasion d'appliquer ce traitement dans un cas où les convulsions se déclarèrent avant le travail et dans plusieurs autres cas avec succès. Braun s'en est servi seize fois, et seize fois ses malades ont guéri complétement (3). [Pendant l'année 1858, où j'étais interne à la Maternité, nous eûmes l'occasion de traiter, par le chloroforme *uniquement*, trois cas d'éclampsie dont je donne le résumé très-succinct :

Observation V. — Le 6 mai 1858, la femme Jacques eut une seule attaque d'éclampsie au moment où la tête allait franchir l'orifice de l'utérus. On lui fit respirer du chloroforme, et l'on appliqua le forceps afin de hâter la terminaison de l'accouchement.

Elle partit le 5 juin, n'ayant eu aucun autre accident.

Observation VI. — Ganny accoucha de jumeaux le 5 juin. Elle avait des symptômes précurseurs éloignés d'éclampsie. Le 7, il survint quatre attaques. Des inhalations de chloroforme furent faites à la quatrième, qui fut la dernière, une cinquième ayant avorté sous l'influence des inhalations.

Les suites de couches marchaient régulièrement, lorsque cette femme partit malgré nous le 8 juin.

Observation VII. — Pineaux, accouchée et délivrée depuis deux heures environ, infiltrée et albuminique, fut prise d'attaques d'éclampsie le 10 septembre à 5 heures et demie du matin, et soumise à l'action exclusive des inhalations de chloroforme.

Elle eut seize attaques en 22 heures, presque toutes générales et fortes malgré les inhalations, mais plusieurs parurent avorter; la dernière eut lieu le 11, à 3 heures et demie du matin, puis la connaissance revint, et l'albumine commença à diminuer. Elle avait disparu le 15.

La céphalalgie qui persista après les attaques, et quelques douleurs abdominales furent combattues par une bouteille de limonade purgative, et plus tard par 1,50 d'ipéca. L'eau de Vichy, un régime reconstituant et des soins ordinaires de propreté complétèrent la médication. Pineaux partit guérie le 27 septembre 1858.

Dans ces trois cas les inhalations étaient surveillées avec beaucoup de soin, et des femmes furent maintenues sous l'influence anesthésique, pendant toute la durée du travail et après l'accouchement tant qu'on pût craindre le retour des accès.

[[A côté du chloroforme on doit placer un agent qui n'est entré dans la thérapeutique que depuis un temps assez court et qui paraît déjà avoir donné de bons résultats, je veux parler de l'hydrate de chloral.

(1) Shekelton, *Dublin Journal of medicine*, août 1852, p. 100.
(2) Bolton, *Lancet*, 29 janvier 1852, p. 108.
(3) Braun, *Med ical Circular*, 2 mai 1855.

Charpentier (1) a recueilli 7 cas où ce médicament a été employé et qui se décomposent ainsi.

Cas ou l'influence a été nulle.....	1 cas.
Cas où il y a eu diminution.....	6 cas.
Qui ont donné.....	7 cas de guérison.

A ces 7 cas relatés par Charpentier nous en placerons deux autres suivis de succès et qui ont été publiés par Dujardin-Beaumetz (2) et Darin (de Chaville) (3), ce dernier administra *six* grammes de chloral dans *cent* grammes de sirop de groseilles dans l'espace de quelques heures. La malade qui avait eu déjà trois accès convulsifs quand on commença le médicament se rétablit parfaitement.]]

La question importante à résoudre maintenant est de savoir si nous devons *arrêter les progrès de la grossesse* ou *intervenir activement dans l'accouchement,* je crois être l'interprète de l'opinion générale, en disant que jusqu'à ce que le travail ait commencé, toute intervention est dangereuse. Aussi dans les convulsions qui se montrent pendant la grossesse, nous ne devons pas toucher à l'utérus, mais nous devons nous borner au traitement de la convulsion elle-même.

Lorsque les convulsions éclatent avec le début du travail, quelques auteurs conseillent de hâter les progrès de la dilatation au moyen des doigts, mais ce moyen a été justement abandonné, comme augmentant les crises, sans avancer en aucune façon le moment de la délivrance (4). On a conseillé les applications d'extrait de belladone sur le col utérin pour aider à la dilatation de l'orifice. Pour ma part je doute fort de son effet spécial, et je me méfie singulièrement de ses effets toxiques (5). Les auteurs anciens, et avec eux quelques modernes, conseillent de faire des incisions sur l'orifice, mais le danger d'une opération *si héroïque* compense amplement les bénéfices qu'on en pourrait retirer.

Mais supposons que l'orifice utérin soit dilaté, ou seulement dilatable, devons-nous avoir recours à l'intervention de l'art pour terminer l'accouchement? Les opinions sont très-partagées. Quelques accoucheurs conseillent l'intervention immédiate, d'autres s'abstiennent complétement (6). La vérité me paraît devoir consister à éviter les deux extrêmes. Nous n'avons pas à intervenir à cette époque du travail autrement qu'en rom-

(1) Charpentier, *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*, thèse agg. Paris, 1872, p. 118.

(2) Dujardin-Beaumetz, *Note sur les effets de l'hydrate de chloral administré contre l'éclampsie puerpérale, lue à la société de thérapeutique le* 10 *janvier* 1873 (*Revue des sciences médicales*, t. I, 1873, p. 760).

(3) Darin, *Éclampsie et albuminurie, guérison par le chloral* (*Gaz. des hôp.* 1872, n. 112).

(4) Denman, *Introduction to Midwifery*, p. 430.

(5) Blundell, *Obstetricy*, p. 950, note.

(6) Denman, *Introduction to Midwifery*, p. 425.

pant les membranes, ce qui peut hâter la fin du travail. On a souvent préconisé le version, mais, d'après tous les faits que j'ai vus recueillis, cette mesure me paraît très-hasardeuse. Ramsbotham conseille cette manœuvre, et cependant les trois observations qu'il rapporte ne sont pas encourageantes, les malades sont mortes; cinq femmes sur sept ont généralement succombé. Collins est formellement opposé à ce moyen, nous concluons qu'on n'aura pas recours à la version, à moins que le chloroforme ne mette la malade à l'abri du retour des accès, lors de l'introduction de la main.

Quand la tête est engagée dans le bassin, lorsqu'elle est à la portée du forceps et que l'espace est suffisant, il pourra être utile de terminer l'accouchement par l'application de cet instrument. L'opération doit, autant que possible, être faite dans l'intervalle de deux accès et pendant l'anesthésie chloroformique. Si l'introduction des branches du forceps provoque un accès violent, il faudra les retirer sous peine de les voir passer à travers les parois du vagin ou de l'utérus, pendant les efforts violents de la convulsion. Braun considère que la crâniotomie n'est jamais indiquée, à moins qu'il n'y ait un vice de conformation du bassin. Ici je ne suis pas de son avis si l'orifice est rigide, si les douleurs sont insuffisantes et si les convulsions sont intenses, nous ne pouvons pas espérer que la mère résistera à de telles épreuves et nous savons que la meilleure chance de salut est la terminaison de l'accouchement, nous n'osons pas faire la version, mais nous pouvons faire la crâniotomie et délivrer la femme. J'ajoute que, si l'enfant est mort, il est de notre devoir d'agir ainsi. Si même l'enfant vit, comme il en meurt quarante-cinq pour cent, la question restera de savoir si, pour conserver à l'enfant cette pauvre chance de vie, nous devons sacrifier la mère. Dans un des plus mauvais cas que j'aie vus et pour lequel je fus appelé il y a quelques temps, je n'eus pas un seul instant d'hésitation. Les accès éclatèrent en même temps que les premières douleurs, ils se renouvelèrent souvent, la femme était dans le coma et l'insensibilité la plus complète. La dilatation offrant le diamètre d'une demi-couronne (monnaie anglaise), je jugeai que la malade mourrait avant la fin du travail. Je perforai le crâne et je fis l'extraction de l'enfant (la femme était chloroformée). La malade guérit après être restée dans un état complet d'insensibilité pendant trois jours. J'ajoute que si à une période quelconque du travail l'enfant meurt, la crâniotomie offre le moyen le plus rapide de terminer l'accouchement. Enfin, quand la tête est dans le bassin, si l'espace est insuffisant pour qu'on puisse appliquer le forceps, comme l'enfant ne peut être sauvé, nous devons faire la crâniotomie aussitôt que nous avons avons constaté l'état des choses.

[[Nous trouvons consignée dans la thèse d'agrégation du docteur Charpentier, une lettre du professeur Stoltz qui résume en quelques lignes et d'une façon très-nette l'exposé de sa pratique particulière. « La sai-

gnée, dit M. Stoltz, qui dans les derniers temps a été presque complétement abandonnée, m'a le plus souvent rendu d'éminents services; ensuite les applications froides; les dérivatifs m'ont paru peu utiles et souvent nuisibles, tandis que les sédatifs, surtout après l'usage préalable, de la saignée, m'ont rendu des services signalés, c'est-à-dire le chloroforme et les injections hypodermiques de morphine.

« Le chloroforme a manqué son effet assez souvent, quand on n'a pas eu la patience d'en continuer l'usage assez longtemps ; et cependant il faut aussi prendre des précautions..... Les injections morphinées réussissent surtout quand les moyens ordinaires ont échoué ; aussi, ce n'est pas au début des convulsions que je les emploie, à moins qu'il n'y ait aucun signe de congestion.

« Je n'ai jamais eu recours à l'accouchement forcé, mais j'ai cherché à le *provoquer* quand il ne se déclarait pas spontanément. Bien entendu que je considère avec la plupart des praticiens comme une première indication de faire l'extraction du fœtus ou de l'arrière-faix quand l'enfant est expulsé, dès que cela est possible, sans employer de trop grand efforts, car ceux-ci provoquent ordinairement des crises convulsives intenses et coup sur coup.

« Quelques purgatifs d'abord, puis des toniques et surtout les ferrugineux, m'ont toujours paru hâter la convalescence (1). »]]

Lorsque les convulsions ont cessé! voici les conseils que donne Collins.

« Si la malade devient maniaque, comme cela arrive fréquemment après de violentes attaques qui ont duré longtemps après l'accouchechement, on devra veiller avec soin à tous les malaises locaux, ainsi la céphalalgie ou tout signe indiquant une affection abdominale sera noté, et un traitement approprié sera institué. On tiendra la malade sous l'influence du tartre stibié, on n'admettra qu'un petit jour dans la chambre, on éloignera toute cause d'exaltation ou d'irritation. En agissant ainsi on aura le droit de compter sur des résultats satisfaisants. Les amis de la malade apprendront en outre avec satisfaction que celle-ci sera dorénavant peu exposée au retour de pareils troubles, comme on l'observe dans les autres formes de manie. »

Traitement prophylactique. — Quand une malade nous consulte pendant sa grossesse, ressentant les symptômes menaçants que nous avons signalés, tels que maux de tête, étourdissements, amblyopie, et surtout si ces symptômes persistent et sont accompagnés d'anasarque de la face et des extrémités supérieures et d'albuminurie, il n'y a aucun doute sur l'urgence des moyens actifs à employer, des purgatifs actifs et la saignée, des ventouses scarifiées sur les reins, devront être employés si la malade peut les supporter; le tartre émétique à petite dose ; un exercice modéré et un régime régulier seront recommandés.

(1) Charpentier, *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*, thèse agr. Paris, 1872, p. 147.

Toute pression doit être évitée; toute liberté d'action doit être laissée aux poumons; et si avec Cormach nous pensons que l'albumine est due à la pression de l'utérus sur les reins, nous devons recommander à la malade d'éviter autant que possible la position horizontale. Quelquefois, au contraire, ces symptômes peuvent coïncider avec un appauvrissement du sang, la malade aura alors besoin de toniques et d'un régime fortifiant. Des lotions froides ou des dérivatifs à la tête pourront être utilement employés en même temps. Frerichs et Litzman disent s'être tous deux très-bien trouvés de l'emploi des acides benzoïque et acétique. Si la maladie rénale existe depuis quelque temps déjà, le traitement doit être moins actif, des lotions froides, des dérivatifs avec des purgatifs doux et des acides seront conseillés. — Il faut surtout éviter les diurétiques, mais les dérivatifs sur les reins au moyen de sinapismes seront très-utiles quand les convulsions surviennent avant le début du travail; Chailly (1), Pietra Santa (2), Sabatier, Braun et Daniel sont d'avis de provoquer l'accouchement; Bouchacourt de Lyon réussit une fois à l'aide de ce moyen; Legroux et Richelot doutent de l'efficacité de ce moyen. Je partage leur opinion en ce que le travail, lorsqu'il survient, n'est pas infailliblement accompagné d'un retour de convulsions, surtout s'il s'est écoulé un certain laps de temps depuis l'attaque.

ARTICLE III

CONVULSIONS APOPLECTIQUES

Ce genre de convulsion ne se voit que rarement si ce n'est après le travail. Cependant Burns (3) signale quelques cas au début du travail, et Morithon (4) et Menard (5) au sixième mois de la grossesse.

§ I. — Causes.

Ces convulsions sont évidemment dues à la fluxion des vaisseaux cérébraux pendant les douleurs du travail. Il est très-probable que des soucis moraux peuvent prédisposer à ce genre d'attaque, du moins, il paraissait en être ainsi dans un cas que j'ai eu sous les yeux.

§ II. — Symptômes.

Dans quelques cas la malade souffre de douleurs et de battements dans la tête plusieurs jours avant l'attaque, dans d'autres, au contraire, il n'y a aucun symptôme précurseur.

(1) Chailly, *Traité de l'art des accouchements*, 5e édition. Paris, 1867, p. 476.
(2) Pietra Santa, *Observation d'éclampsie* (*Union médicale*, 10 août 1852).
(3) Burns, *Midwifery*, p. 527.
(4) Morithon, *Trans. med.*, vol. IV, p. 162.
(5) Menard, *Ibid.*, vol. IV, p. 241.

Généralement la malade se plaint pendant le travail de douleurs de tête, la figure est congestionnée, et les yeux sont injectés. A proprement parler, il y a peu de convulsion, le corps et les membres sont d'abord agités, et puis la malade reste dans un état comateux ; il y a peu ou point de distorsion de la face, pas d'écume de la bouche, les muscles sont flasques et impuissants, la respiration est stertoreuse, la connaissance ne revient pas, mais il est rare que la crise se reproduise bien qu'on l'ait quelquefois observée. Le pouls est plein et lent, les pupilles sont parfois dilatées, parfois contractées, mais toujours insensibles à la lumière, presque toujours la malade reste dans cet état jusqu'à la mort; cependant il y a quelques cas analogues, je suppose, à l'apoplexie congestive d'Abercrombrie et de Lallemand, où des secours opportuns sont suivis de succès, et la malade reprenant connaissance et retrouvant l'usage de ses membres guérit promptement si des soins intelligents lui sont donnés.

Je ne puis mieux appuyer ce que je viens de dire de cette maladie qu'en reproduisant les deux observations suivantes : je dois la première à Aston. La seconde fut prise dans un service d'hôpital auquel j'étais attaché. Je les cite d'après un rapport que j'ai publié (1).

Observation I. — Catherine Costello, âgée dix-huit ans et neuf mois, petite et grasse, se plaignit pour la première fois de violent mal de tête le mercredi 2 janvier 1833. Jamais elle n'avait ressenti une aussi vive douleur. Les maux de cœur se déclarèrent presque en même temps, et la malade continua de vomir des matières vertes bilieuses pendant toute la journée. Une constipation opiniâtre dura quatre jours. La face et les extrémités commencèrent à enfler deux jours avant le début de la crise, et continuèrent à se développer à mesure que les douleurs de tête devenaient plus intenses. Il s'en fallait environ de sept semaines qu'elle fût au terme de sa grossesse. On me fit chercher dans la soirée. La malade se promenait dans sa chambre, et souffrait cruellement; la face était gonflée au point de cacher les yeux, et la parole était tant soit peu embarrassée. Elle n'avait pas senti le mouvement de l'enfant de toute la journée. Comme elle avait une répugnance marquée pour la saignée, j'y renonçai pour le moment, et me contentai d'ordonner un purgatif pour débarrasser l'intestin ; et je la quittai après avoir donné les instructions nécessaires. Peu d'heures après, son mari vint me chercher en toute hâte, disant que sa femme paraissait avoir une attaque, et semblait mourante.

Après une complète enquête, j'appris que la douleur de tête avait beaucoup augmenté, que tout à coup le regard était devenu fixe, la face contournée, que des mouvements convulsifs étaient survenus, à la suite desquels la respiration était devenue stertoreuse. Ces phénomènes n'avaient pu durer longtemps, puisque peu d'instants auparavant il n'existait aucun de ces symptômes, bien que la malade fût inconsciente de tout ce qui s'était passé et ne reprît connaissance qu'après la saignée, que je fis du premier coup de 17 ou 18 onces, et qui fut suivie d'un soulagement immédiat. La chaleur de la peau

(1) Flet. Churchill, *Medical Gazette.*

était intense, la soif excessive, le pouls fréquent et un peu dur. Après la saignée, il devint plus fréquent; mais, peu de temps après, il était plus lent, et plus mou, et ne tarda pas à reprendre son taux habituel. Dès ce moment, tous les symptômes graves s'amendèrent, la patiente accoucha le 5 janvier et se rétablit complétement.

Observation II. — Mary, âgée de trente ans, fut assistée pendant son premier accouchement par un élève du *Wellesley dispensary* le lundi 20 novembre 1833. Le travail fut naturel et se termina dans le délai voulu. La patiente se plaignit de mal de tête violent pendant le travail et paraissait assoupie vers la fin. Après avoir adressé quelques questions aux assistants, elle s'endormit complétement. Les personnes présentes constatèrent à ce moment quelques mouvements dans les membres, et rien de plus, jusqu'à ce que la respiration devînt haute et stertoreuse. Comme on ne parvenait pas à l'éveiller, on me fit quérir. Je trouvai la malade complétement insensible. Les pupilles étaient fixes et contractées, la respiration stertoreuse, la tête était modérément chaude. L'abdomen était ballonné, les muscles étaient dans le relâchement complet, le pouls était ferme et modérément plein. Les moyens ordinaires furent employés sans succès, et la femme succomba pendant la nuit. L'autopsie fut pratiquée. Nous trouvâmes un épanchement de sang considérable dans les deux ventricules. On constata la présence d'une grande quantité de sérosité à la base du crâne. Plus tard j'appris que la pauvre femme avait été la victime d'un séducteur qui l'avait abandonnée. Elle avait été fort déprimée et avait souffert de violents maux de tête sept semaines avant son accouchement.

§ III. — Anatomie pathologique.

On trouve quelquefois le cerveau fortement congestionné, mais sans épanchement; mais je crois ce fait exceptionnel.

Il peut y avoir un grand épanchement de sérosité qui, par la compression qu'il exerce, donne lieu à tous les symptômes de l'apoplexie.

Plus fréquemment, on rencontre du sang épanché dans les ventricules, dans la substance cérébrale ou à la base du cerveau.

Des observations ont été publiées par Denman, Targioni, Marchais, Lachapelle, Leloutre, Schedel, Velpeau, etc.

§ IV. — Diagnostic.

L'insensibilité complète et persistante, l'absence d'accès répétés avec les symptômes concomitants, permettront de reconnaître aussitôt la convulsion apoplectique des convulsions épileptiformes ou hystériques.

Il n'est pas facile de distinguer cette forme provenant de simple congestion de celle qui dépend d'un épanchement, la principale différence consistant surtout dans l'intensité plus ou moins grande des symptômes.

§ V. — Traitement.

On emploiera dès le début les moyens antiphlogistiques les plus puis-

sants. On tirera de la veine du bras, de la jugulaire ou de l'artère temporale, une quantité de sang, et l'on recommencera, s'il est nécessaire. C'est là l'indication la plus pressante, et de l'effet de ce traitement on pourra conclure à la congestion, à l'apoplexie ou à l'épanchement. S'il ne se produit pas le moindre soulagement, le cas pourra être considéré comme au-dessus de toute ressource. Si la malade éprouve un peu de mieux, on fera aussitôt raser la tête, et l'on appliquera de la glace.

Peu de temps après, un large vésicatoire sera appliqué sur la tête ou à la nuque, et l'on donnera un purgatif énergique.

Si cette forme de convulsions se montre pendant le travail, il sera bon de délivrer la malade dans le plus bref délai, de manière à sauver au moins l'enfant. Si la tête de l'enfant est engagée, on appliquera, suivant la période du travail, le grand ou le petit forceps.

CHAPITRE III

PARALYSIE SURVENANT PENDANT LA GROSSESSE OU APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Ayant été fort intéressé par un cas de paralysie après l'accouchement, et pour lequel je fus appelé en consultation, je fis des questions sur l'invasion de la maladie, j'interrogeai les antécédents pendant la grossesse, je consultai les autorités compétentes, afin d'y apprendre quelque chose, et je constatai avec peine que mes recherches m'avaient été à peu près inutiles. Me rappelant que les affections paralytiques peuvent être une terminaison des convulsions, et qu'elles peuvent en être complétement indépendantes, je consultai avec soin les principaux auteurs d'obstétrique. Dans les ouvrages de Giffard, Ould, Exton, Smellie, Chapman, Pugh, Burton, Moore, Foster, Perfect, Osborn, Spence, Hamilton, Denman, Burns, Merriman, Blundell, Collins, Davis, Lee, Murphy et Hardy, Mac Clintock, je n'ai trouvé aucune mention de cette maladie.

Campbell consacre une courte notice à la paralysie des extrémités pelviennes ; il dit à ce sujet : « Cette paralysie peut être partielle ou complète. Dans tous les cas que j'ai observés, elle était limitée à un des membres. Je la crois alors due à la compression exercée par la tête du fœtus, dans le bassin, d'où résulterait une lésion des muscles piriformes ou des grands nerfs sacro-sciatiques. La paralysie partielle est celle qu'on rencontre le plus souvent, c'est alors une affection de longue durée. Dans aucun cas la malade n'est restée boiteuse (1). »

Ryan fait observer que quelques femmes, après l'accouchement le plus facile comme après un accouchement artificiel, sont atteintes de paralysie

(1) Campbell, *Midwifery*, p. 406.

des extrémités inférieures et souffrent en même temps de rétention d'urine. La maladie disparaît généralement après quelques semaines (1). F. Ramsbotham a observé que la paralysie de l'une des jambes, ou des deux à la fois, à des degrés variables, se montre souvent après l'accouchement. Le plus souvent le fait se produit quand le travail a été long et pénible, quelquefois cependant, alors que le travail s'est terminé dans le délai ordinaire, ou même alors qu'il s'est fait avec une rapidité inusitée. Cette paralysie n'est pas accompagnée de lésion cérébrale, elle est le plus communément due à la compression exercée sur les muscles et les nerfs du pelvis pendant le passage de la tête du fœtus à travers le bassin. On constate de la douleur ou de l'insensibilité dans la cavité pelvienne et autour de la hanche. La jambe ne peut être mue qu'avec difficulté. La paralysie disparaît ordinairement dans l'espace de quelques jours, quelquefois elle dure au delà du temps où la malade garde le lit. Celle-ci, en pareil cas, est forcée d'avoir recours à un bâton ou à une béquille. Encore une fois, l'hémiplégie peut apparaître après l'accouchement aussi bien qu'à un autre moment; mais il y aura en dehors de l'affection locale des signes spéciaux qui sont trop bien connus pour que j'aie à les rappeler ici (2). Dewees a publié deux observations de convulsions puerpérales suivies de cécité (3). Ce sont là tous les renseignements que j'ai pu recueillir dans ses travaux ou dans ceux de Meigs. Je n'ai pas été plus heureux dans mes recherches, dans les auteurs qui ont écrit spécialement sur les maladies des femmes, car ni Leake, ni Hamilton, ni Blundell, ni Hall, ni Ashwell ne font mention de la paraplégie ou de l'hémiplégie. Je n'ai trouvé que peu de renseignements dans les auteurs français ou allemands. J'ai consulté les œuvres de Sacombe, de Boivin, de madame Lachapelle, de Baudelocque, de Maygrier, de Gardien, de Velpeau, de Moreau, de Chailly, de Jacquemier, de Carus, de Joërg, de Wigand et de Busch sur l'obstétrique, les œuvres de Nauche, de Capuron, de Joërg et de Siebold sur les maladies des femmes sans y rencontrer même une allusion à cette maladie; l'ouvrage de Scanzoni (4) est le seul où j'ai rencontré une notice à ce sujet. Il contient un chapitre sur la paraplégie. Cet auteur admet que quelquefois la pression est cause de la paralysie; mais pourtant, comme l'attaque peut ne survenir que quelque temps après le travail, et qu'elle peut atteindre également les extrémités supérieures, la pression n'en est pas la seule cause; on peut alors attribuer la maladie à un trouble beaucoup plus profond. Il en a donné une observation que je citerai plus tard.

Il m'a semblé que le peu de renseignements que je trouve dans les ouvrages spéciaux d'obstétrique ne tient pas seulement à la rareté de la

(1) Ryan, *Manual of midwifery*, p. 661.
(2) Ramsbotham, *Obstetric medicine and surgery*, p. 548.
(3) Dewees, *Midwifery*, p. 548.
(4) Scanzoni, *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 110.

maladie, mais surtout à l'opinion généralement répandue que cette maladie appartient plutôt à la pathologie générale, et j'ai cru alors que je trouverais de plus amples informations dans les ouvrages de médecine générale, ou dans ceux qui traitent des maladies du système nerveux en particulier. J'ai consulté tous les auteurs qu'il m'a été possible de me procurer, mais avec de bien médiocres résultats. Cette maladie coïncidant avec la grossesse n'est pas même mentionnée par Hasse, Rokitanski ou par Abercrombie (1). Ce dernier, cependant, cite des observations si analogues aux cas que je vais rapporter, que je me permettrai de les reproduire ici. Il établit qu'une attaque de paralysie : 1° peut n'être que le prélude d'une attaque d'apoplexie et disparaître rapidement ; 2° l'attaque peut passer rapidement et entièrement, ne laissant après un court espace de temps aucune trace de son passage ; 3° la guérison peut n'être que très-graduelle, les membres atteints ne redevenant actifs qu'après des semaines ou même des mois ; 4° la paralysie peut être permanente, etc., » et il ajoute enfin que l'appareil symptomatique de la paralysie prouve, dans certains cas, que la maladie est due à une cause étrangère et momentanée qui peut être rapidement et entièrement éloignée. — Nous voyons l'hémiplégie se produire sous sa forme la plus violente, et disparaître brusquement; mais ce qui paraît le plus extraordinaire, dans certains cas de paralysie, c'est que nous voyons la maladie continuer sans aucune amélioration pendant plusieurs semaines et plusieurs mois, s'amender tout à coup sans aucune cause appréciable et disparaître bientôt. Todd (2) fait observer que l'anesthésie de la face survient parfois après l'accouchement, et aussi que la paralysie coïncide parfois avec la *phlegmatia dolens.* — Cooke (3) ne traite pas de la paralysie dans ses rapports avec la grossesse et avec l'accouchement, mais il cite un fait curieux que corrobore l'observation que je donnerai tout à l'heure ; c'est-à-dire que les malades atteintes d'hémiplégie sont incapables d'exprimer les mots qu'elles désirent pour rendre leur pensée, soit qu'elles aient oublié ces mots, soit par l'impossibilité où elles sont de les prononcer. Graves, dans ses admirables études sur la pathogénie des maladies nerveuses (4), quand il traite de l'origine centrique ou excentrique de certaines formes de paralysie, dit :

« Je veux vous démontrer aujourd'hui : premièrement, que la paralysie (quelle qu'en soit la cause) qui affecte une portion des extrémités périphériques des nerfs, peut atteindre aussi les branches nerveuses terminales sur d'autres points ; secondement, que la douleur développée sur un point peut déterminer ailleurs une sensation semblable ; troisième-

(1) Abercrombie, *Diseases of the brain*, etc., p. 624-248.
(2) Todd, *Cyclopædia of practical medicine.* vol. III, p. 243.
(3) Cooke, *Treatise on nervous diseases.* London, 1820.
(4) Graves, *Leçons de clinique médicale*, trad. et ann. par Jaccoud, 2e édition. Paris, 1863, p. 644.

ment, enfin, que les convulsions qui résultent de l'irritation d'un des points du système nerveux périphérique, peuvent produire des phénomènes convulsifs analogues dans d'autres parties du corps. »

Quoique je pense que ces observations se rapportent directement à l'affection que nous décrivons, elles n'étaient pas ainsi comprises par Graves, car cet auteur ne fait aucune allusion à la paralysie qui survient avant, pendant ou après le travail de l'accouchement.

Watson (1) a écrit un article très-remarqnable et très-complet, sur les différentes variétés de paralysie, mais il n'en parle pas comme un des accidents de l'état puerpéral. Enfin Copland n'en fait pas mention.

J'ajouterai encore qu'aucun de ces auteurs ne donne un seul renseignement sur l'état de l'urine avant ou immédiatement après l'attaque. Le seul qui jusqu'à présent paraisse avoir soupçonné une connexion entre les affections nerveuses graves et l'état de la sécrétion urinaire est Latham, qui, après avoir énuméré les différentes maladies qui sont accompagnées d'albuminurie ou causées par elle, dit en parlant du cerveau : « Quelques-unes des plus graves affections de cet organe se montreront et disparaîtront, seront capables de soulagement pour plus ou moins longtemps, ce qui n'arrive pas lorsque la structure de l'encéphale est profondément compromise. Les convulsions et les symptômes apoplectiques paraîtront et disparaîtront, et défininitivement se termineront par la mort. Dans ces cas, le principal signe concomitant qui attire nôtre attention est l'albuminurie (2).

Romberg (3) a consacré un chapitre à la paralysie, dépendant des affections des organes sexuels. Ce chapitre offre un tel intérêt que je ne craindrai pas de lui faire un large emprunt.

Le sexe féminin offre de nombreux exemples de phénomènes paralytiques liés aux conditions morbides des organes sexuels. Ces phénomènes paralytiques dépendent de compression directe exercée par l'utérus hypertrophié sur les plexus nerveux abdominaux; ils sont tantôt unilatéraux et accompagnés de troubles dans la sensibilité, douleur, anesthésie complète ou incomplète, ou bien ils sont sous la dépendance d'une action réflexe sur la moelle, et alors ils frappent les deux côtés à la fois. Les vétérinaires ont souvent rencontré des cas de paralysie coïncidant avec une métrite; Gellé (4) cite onze cas de métrite aiguë chez des vaches venant de mettre bas; chez toutes il y avait une diminution de mouvement dans le train de derrière, la sensibilité n'avait pas été modifiée. Sewell (5) publie l'autopsie d'une vache qui venait de vêler et qui était morte paraplégique, il rencontra une vive inflammation de l'utérus et du vagin.

(1) Watson, *Lectures on the principles and practice of physic.* London, 1848.
(2) Latham, *Diseases of the heart,* vol. II, p. 299.
(3) Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten.* 3e édition. Berlin, 1857.
(4) Gellé, *Journal pratique*, etc., 1826.
(5) Sewell, *Veterinarian*, vol. IV, p. 509.

Ithen (1) a rapporté quelques cas de métrite chez les juments qui étaient devenues paraplégiques. Hunt (2) a fait les mêmes observations sur la femme. Lisfranc (3) relate en détail l'observation suivante, dont je donne un résumé:

Observation I.—Une femme âgée de trente-six ans fut graduellement frappée de paraplégie sans perte de la sensibilité. Tous les moyens mis en usage avec la conviction qu'on avait affaire à une affection de la moelle demeurèrent inefficaces. Lisfranc pratiqua alors le toucher vaginal, et constata que le fond de l'utérus était augmenté de volume à ce point qu'il remplissait le bassin. «Après l'usage continué pendant trois mois de l'iodure de potassium et des frictions iodées, après une saison passée à Baréges, la tuméfaction de l'utérus diminua, et la guérison complète fut obtenue après deux ans de maladie.»

« La paraplégie survient souvent après l'accouchement, même après un accouchement facile, sans qu'elle ait été précédée ou accompagnée de douleur. Les accoucheurs en attribuent la production à la compression du plexus sciatique et du nerf obturateur, ce qui est loin d'être prouvé. Il serait plus rationnel de croire qu'il s'est fait dans le canal rachidien un épanchement séreux provoqué par les troubles de la circulation, comme nous le voyons se produire lorsqu'il existe des tumeurs abdominales, et cependant, je dois le dire, l'anatomie pathologique ne dit rien à cet égard. De pareilles conditions ne sont cependant pas indispensables, comme j'ai pu tout récemment le constater moi-même dans un cas où l'utérus était atrophié. »

Observation II. — « Une femme de quarante et un ans, depuis six ans, avait cessé d'être réglée. Dès ce moment, elle avait commencé à souffrir de fourmillements dans les extrémités inférieures ; depuis neuf mois elle avait vu la motilité diminuer dans les extrémités, où elle éprouvait souvent des tressaillements et une sensation de pesanteur. La sensibilité tactile était très-amoindrie dans les deux pieds, mais surtout dans le pied gauche, où la maladie avait débuté par des douleurs dilacérantes. Il existait des alternatives de rétention d'urine et d'incontinence pendant la nuit. Les extrémités supérieures étaient parfaitement indemnes de toute manifestation morbide On ne pouvait découvrir aucune condition anormale de la moelle. Le docteur Scholler, dont l'excellente méthode d'exploration est bien connue, constata que le vagin était beaucoup plus court. L'orifice du museau de tanche, dirigé en arrière, était visible à l'orifice vulvaire. Le museau de tanche était souple, le col offrait la consistance normale ; il était évident que le système sexuel avait subi un certain degré d'atrophie comme dans la vieillesse. Je prescrivis la strychnine à la dose d'un quart de grain deux fois par jour :

(1) Nebel und Vix, *Zeitschrift für die gesam. Thierheilkunde*, vol. III.
(2) Stanley, p. 274.
(3) Lisfranc, *Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. II.

je conseillai des frictions sur les jambes, avec l'huile éthérée de térébenthine. Trois semaines de ce traitement furent suivies d'un amendement notable. »

Un de mes amis, avec beaucoup d'obligeance, a fait des recherches dans les ouvrages périodiques, et, sauf deux exceptions remarquables, il ne trouva rien qui eût trait à notre sujet. Ces deux exceptions sont un mémoire de Lever (de Londres), et un de Simpson (d'Édimbourg). Je me suis mis en relation avec ces deux auteurs, qui m'ont donné des renseignements avec une loyale franchise, pour laquelle je me fais un devoir de consigner ici mes plus sincères remercîments.

Les faits de paralysie de Lever forment une partie d'une intéressante série d'observations touchant certaines affections nerveuses de la grossesse et venant à l'appui de son opinion, que la grossesse est souvent accompagnée de chorée ou de mouvements convulsifs, de paralysie survenant en divers points du corps, de paralysie des extrémités, de paralysie de quelque sens spécial, et de manie (1). Les variétés de paralysie qu'il décrit sont l'amaurose, la surdité, l'hémiplégie, la perte du mouvement dans les extrémités supérieures, la perte du mouvement dans le membre inférieur droit, etc., etc. Je prendrai la liberté de donner un extrait de ces observations tout à l'heure.

Le mémoire de Simpson, publié la même année, consiste dans des communications faites à la Société obstétricale d'Édimbourg. J'y emprunterai les faits qui ont rapport à notre sujet :

« 1° L'albuminurie, lorsqu'elle existe pendant les dernières périodes de la grossesse et du travail, indique une grande prédisposition aux convulsions.

« 2° L'albuminurie pendant la grossesse et pendant l'état puerpéral donne quelquefois lieu à des troubles nerveux plus graves et plus anormaux qui n'ont pas de rapport avec les convulsions. Le docteur Simpson signale spécialement des cas de paralysie locale et de névralgie des extrémités, des troubles fonctionnels de la vue (amaurose, etc.), de l'ouïe ; des cas d'hémiplégie et de paraplégie plus ou moins complète. »

. . . . . .

5° L'albuminurie avec ses conséquences est beaucoup plus fréquemment observée chez les primipares que chez les multipares. Elle constitue une affection qui disparaît généralement, et d'une facon complète, après la délivrance. Simpson a vu un cas débuter par une légère cécité, sans œdème, et se terminer graduellement par l'hémiplégie. La paralysie persista après l'accouchement, et malgré la disparition de l'albuminurie. Dans une autre observation, l'amaurose avait commencé au moment de la délivrance, et durait depuis six mois, quand Simpson vit la malade.

(1) Lever, *Guy's Hospital Reports*. 1847, vol. V, p. 1.

Celle-ci n'avait pas d'œdème ni aucun autre signe apparent d'albuminurie; mais, en essayant les urines, elles furent trouvées fortement albumineuses.

6° L'albuminurie avec convulsions, etc., survenant chez une multipare, résulte généralement d'une affection granuleuse des reins, et ne disparaît pas après l'accouchement.

7° Peut-être dans les convulsions puerpérales, etc., produites par l'albuminurie, la cause immédiate réside-t-elle dans un état morbide, mais inconnu encore, du liquide sanguin? Y avait-il, dans ces cas, une quantité anormale d'urée dans le sang? Dans plusieurs spécimens de sang de jeunes femmes prises de convulsions pendant l'état puerpéral, ni Simpson, ni Christison, ni Douglas Maclagan ne purent découvrir de traces d'urée. La matière vénéneuse était-elle de la caséine modifiée, soit dans la quantité, soit dans la qualité? La relation fréquente que le docteur Gluge et d'autres ont montrée entre l'albuminurie et la stéatose du rein est peut-être digne de recherches suivies.

9° Quelquefois l'hémiplégie est survenue pendant la grossesse sans qu'il y ait eu d'albuminurie; mais cette forme n'a jamais paru influer d'une manière fâcheuse sur la marche de la grossesse ou sur le travail de l'accouchement. Dans un cas, Simpson (1) a vu une malade recouvrer après la délivrance, graduellement, mais incomplétement, l'usage d'un bras paralysé. Dans un autre cas, il n'y eut aucun amendement.

Voyons maintenant à résumer brièvement ce que nous pouvons tirer de ces différentes affections :

1° L'hémiplégie, la paraplégie ou la paralysie partielles peuvent survenir avant, pendant ou après le travail de l'accouchement.

2° Quelques auteurs attribuent la paralysie, surtout la paraplégie, à la compression à laquelle sont soumis les muscles et les nerfs pendant le travail; mais cette opinion a été controversée, la même maladie survenant quelquefois après un travail facile, et même quelques jours après la délivrance.

3° La paralysie peut terminer un accès de convulsions ou l'accompagner.

4° La paralysie peut être la conséquence d'une maladie organique ou d'un épanchement au cerveau et à la moelle épinière.

5° La paralysie peut être le résultat d'une action réflexe.

6° La paralysie peut provenir d'une cause temporaire, et parmi ces causes on peut comprendre l'albuminurie.

7° L'hémiplégie peut se terminer par l'apoplexie, ou peut guérir en quelques semaines, ou parfois plus lentement. La paraplégie peut laisser la malade boiteuse pour plus ou moins longtemps. Les paralysies locales (amaurose, surdité) ne durent généralement pas longtemps.

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, octobre 1849, p. 288.

8° La paralysie nerveuse ou hystérique peut survenir en dehors d'un état de grossesse ou pendant la grossesse, mais ne subsiste que bien rarement après la délivrance.

[[A. Charpentier (1) a publié, sur les paralysies puerpérales, un mémoire intéressant dont nous croyons utile de reproduire les conclusions :

« 1° Les femmes à l'état de puerpéralité sont soumises aux mêmes causes de paralysie qu'en dehors de l'état de grossesse, d'accouchement ou de suites de couches.

« 2° L'état puerpéral constitue néanmoins chez elles une cause prédisposante qui semble, même dans certains cas, acquérir une influence plus considérable et devenir véritablement cause déterminante.

« 3° Ces paralysies peuvent se produire à toutes les périodes de la puerpéralité, grossesse, accouchement, suites de couches, avec une fréquence beaucoup plus marquée pendant la première et la troisième de ces périodes de l'état puerpéral.

« 4° Ces paralysies se présentent sous trois formes : hémiplégie, paraplégie, paralysie des sens spéciaux; chacune des deux premières pouvant s'accompagner de la troisième, mais surtout de la première.

« 5° Ces paralysies peuvent être complètes, partielles ou générales, c'est-à-dire affectant tout un côté du corps (hémiplégie) ou seulement les membres inférieurs (paraplégie), et dans ces cas porter sur un seul membre ou sur les deux à la fois.

« 6° Ces paralysies peuvent affecter ces formes bien nettes et exister ainsi seules ou bien s'accompagner de paralysie des sens spéciaux, vue et ouïe qui elles-mêmes peuvent constituer à elles seules toutes les manifestations paralytiques.

« 7° Les hémiplégies et les troubles des sens spéciaux s'accompagnent souvent de paralysies faciales qui se présentent ainsi rarement isolées, mais le plus souvent liées soit à des paralysies partielles des membres, soit à des paralysies des sens spéciaux.

« 8° Les paralysies, quelle que soit leur forme, portent à la fois sur la motilité et la sensibilité, et présentent, à ce point de vue, toutes les variétés possibles, depuis le simple trouble jusqu'à l'abolition la plus complète.

« 9° Les paralysies puerpérales peuvent se ranger sous deux chefs principaux :

1° Paralysies par lésion organique.

2° Paralysies par action réflexe.

Les paralysies par lésion organique peuvent se subdiviser en deux grandes classes :

I. Les lésions organiques *primitives* : congestions, hémorrhagies, méningites, lésions des enveloppes osseuses, soit cérébrales, soit rachidiennes.

II. Les lésions organiques *secondaires* ou consécutives (congestion, hémorrhagies, méningites, etc.) à des affections du cœur, des thromboses cérébrales, albuminurie, affections utérines et compressions nerveuses.

(1) A. Charpentier, *Contributions à l'histoire des paralysies puerpérales*. Paris, 1872, p. 220.

Les paralysies réflexes ou dues à une action périphérique.

« 10° L'état puerpéral non-seulement n'empêche pas les femmes d'être soumises à toutes les causes de paralysies autres que celles que nous venons d'énumérer, c'est-à-dire, rhumatisme, chloro-anémie, hystérie, et ces paralysies peuvent survenir chez une femme enceinte ou récemment accouchée, absolument comme en dehors de l'état de gravidité; mais dans quelques cas même il semble avoir plus qu'une action prédisposante, et les altérations du sang pendant l'état puerpéral semblent dans certains cas avoir une influence tout à fait spéciale (paralysie par chloro-anémie, paralysie albuminurique).

« 11° Les paralysies puerpérales sont en général bénignes et passagères, mais cela est surtout vrai pour les paralysies réflexes; car, qu'il s'agisse d'hémiplégie, de paraplégie ou de paralysie des sens spéciaux, elles peuvent persister plus ou moins longtemps, quelquefois même d'une façon indéfinie.

« 12° Les paralysies organiques empruntent leurs caractères de gravité à la nature même de la lésion qui les a déterminées; si cette lésion est légère, la paralysie elle-même est passagère; si, au contraire, les organes de l'innervation sont touchés plus profondément, la paralysie devient permanente, et dans des cas assez nombreux la mort des malades est venue montrer la gravité même de cette lésion.

« 13° Les lésions le plus souvent constatées, sont les hémorrhagies cérébrales, les méningites cérébrales ou rachidiennes, soit qu'elles se soient rencontrées seules, soient qu'elles aient été accompagnées, et cela est relativement fréquent, de dégénérescence plus ou moins prononcée des reins.

« 14° La fréquence même de coïncidence de ces lésions rénales et les lésions cérébrales ou médullaires, indique toute l'importance de l'albuminurie dans la pathogénie de ces paralysies puerpérales.

« 15° Il est jusqu'à un certain point possible d'établir un diagnostic précis de la cause de ces paralysies puerpérales, et, cette cause une fois connue, d'établir un pronostic d'autant plus certain que la cause de ces paralysies sera mieux établie.

« 16° Le traitement devra lui-même être subordonné à la connaissance de ces causes, les unes ayant un caractère permanent, les autres, au contraire, un caractère essentiellement fugace et passager. »]]

§ I. — Observations.

Je donnerai maintenant un résumé des différentes observations que j'ai pu recueillir, soit parmi les maîtres compétents, soit parmi mes collègues et amis, soit par moi-même. Au nombre des premiers, je citerai Dewees, Scanzoni, Crosse, Beatty, Lever et Simpson; et, parmi les seconds, je citerai Lever (1), Simpson, M'Clintock, Beatty, Forest, Ireland et Duke. Je donnerai d'abord les observations dans lesquelles la paralysie survint pendant la grossesse, puis celles dans lesquelles elle éclata pendant le travail et enfin celles dans lesquelles elle suivit l'accouchement.

(1) Lever, *Guy's Hospital Reports*. 1847, vol. V, p. 12.

1re SÉRIE. — *Observation de paralysies survenant pendant la grossesse.*

OBSERVATION I. — *Hémiplégie partielle.* — Madame A., âgée de vingt-six ans, a eu deux enfants. Etant grosse d'environ deux mois, elle est attaquée d'engourdissement du bras droit, d'une grande faiblesse de ce membre. La bouche est légèrement déviée vers la droite, et elle ressent de temps en temps des fourmillements et même de l'engourdissement dans la cuisse, dans la jambe et dans le pied gauches. Ces symptômes se modifient sous l'influence du traitement, mais persistent plus ou moins jusqu'à l'accouchement. — Des symptômes identiques accompagnèrent chacune des grossesses suivantes de cette dame. — Il me suffit d'ajouter que j'ai déjà soigné cette dame pendant quatre grossesses, et l'ai assistée dans quatre accouchements, que chaque fois les mêmes symptômes se sont produits peu après le début de la grossesse, qu'ils se modifiaient par le traitement pour ne disparaître qu'après la délivrance, — et que le moment où ils disparaissaient semblait dépendre de la nature et de la quantité du sang perdu pendant le travail, etc.

OBSERVATION II. — *Paralysie de la main et du bras droit.* — S. M., âgée de trente-huit ans, mariée depuis neuf ans, a eu deux fausses couches ; vers le huitième mois de sa grossesse, elle éprouva des fourmillements dans la paume et dans les doigts de la main droite ; cette sensation s'étendit bientôt jusqu'à l'épaule et à l'aisselle, et bientôt elle ne put sentir ni tenir son aiguille. Les doigts étaient légèrement fléchis sur la main, la main sur l'avant-bras et l'avant-bras sur le bras. Le docteur Lever la vit cinq jours après l'attaque : « Le membre était dans l'état décrit plus haut. Elle se plaignait d'une sensation de chaleur dans toute la longueur du membre ; la face était pâle, mais il n'y avait ni douleur ni chaleur à la tête ; les intestins avaient été largement dégagés le jour même de ma visite ; son pouls était petit, faible et à 96 (1). » Sous l'influence du sulfate de zinc et d'une nourriture fortifiante, l'état de la malade s'améliora, sans pourtant que l'usage de son bras lui fût rendu jusqu'après l'accouchement.

OBSERVATION III. — *Paraplégie.* — Eliza H. entra plusieurs fois à Guy's Hospital (trois fois, je crois) et fut chaque fois confiée aux soins de mon collègue feu le docteur Ashwell. Immédiatement après son sixième accouchement, qui se passa très-naturellement, elle sentit un grand engourdissement et une grande faiblesse dans les membres inférieurs. Peu à peu elle se remit. — Pendant sa septième grossesse, vers le troisième mois, ses membres inférieurs se paralysèrent peu à peu, il lui fut bientôt impossible de se tenir debout ou de marcher ; elle dut s'aliter. — Après l'accouchement, on la porta à l'hôpital, elle fut confiée aux soins du docteur Ashwell, et se rétablit complétement. A sa sortie de l'hôpital, elle redevint enceinte pour la huitième fois ; mais la paralysie ne survint qu'après le travail (2).

OBSERVATION IV. — *Amaurose.* — Madame T., âgée de trente et un ans, peu de temps après avoir senti remuer son cinquième enfant, étant occupée à un simple travail de couture, sentit subitement une sensation singulière dans le globe de l'œil, et s'aperçut en ouvrant les paupières qu'elle ne pouvait voir

(1) Lever, *Guy's Hospital Reports.* 1847, vol. V, p. 11.
(2) Lever, *Ibid.*, p. 16.

que les contours des objets, le centre restant complétement dans l'ombre; ses yeux étaient obscurs; les pupilles étaient dilatées et ne se contractaient que faiblement sous l'influence de la lumière. Le globe de l'œil semblait avoir en quelque sorte perdu sa mobilité et paraissait extraordinairement fixe ; les paupières recouvraient presque entièrement les globes des yeux. S'ils n'étaient ainsi protégés, la malade se plaignait d'élancements et d'une sensation de brûlure. Cet état persista jusqu'à l'accouchement. Huit jours après, il y eut une amélioration qui progressa jusqu'à son retour de la campagne ; au bout de trois ou quatre mois, elle voyait aussi bien qu'avant la maladie.

Observation V. — *Surdité.* — Madame S., âgée de vingt-trois ans, s'aperçut vers le troisième ou quatrième mois de sa première grossesse que son ouïe n'était pas aussi bonne qu'à l'ordinaire, et il lui parut évident que le mal allait s'aggravant. Elle était découragée et pâle; sa langue était molle, tremblante et dentelée; son pouls était petit et faible ; ses entrailles étaient libres; ses nuits étaient agitées, et l'irritabilité de son caractère avait beaucoup augmenté. En dépit du traitement, la surdité continua à augmenter jusqu'après l'accouchement qui fut naturel. Dès le lendemain elle disait qu'elle entendait mieux; de sorte qu'au moment des relevailles elle entendait aussi bien qu'auparavant (1).

Observation VI. — *Hémiplégie.* — Madame P., âgée de dix-huit ans et demi, dans le septième mois de sa grossesse, s'évanouit à la suite de discussions de famille : « Quand elle revint à elle, on découvrit qu'elle était hémiplégique du côté droit jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen. On ne put produire aucun mouvement dans l'extrémité inférieure droite, ni en la chatouillant, ni en la pinçant. Le jour suivant, elle s'évanouit encore une fois. Après cette syncope, le membre supérieur droit perdit tout mouvement et toute sensibilité. La malade continua à être dans cet état pendant trois jours environ, lorsque tout à coup les membres reprirent leur activité ordinaire. La perte de la parole survint alors, dura trois jours, et fut suivie de la paralysie du membre inférieur droit jusqu'à la hauteur du genou. » Les symptômes s'amendèrent un peu, mais durèrent jusqu'au moment de l'accouchement. Pendant une grossesse suivante, elle perdit l'usage de la parole pendant quinze jours, et après la délivrance elle découvrit que ses membres inférieurs étaient complétement paralysés ; mais elle se remit peu à peu (2).

Outre les observations précédentes, que j'ai extraites du travail de Lever, j'ai obtenu de lui la permission de publier le passage suivant d'une lettre écrite par lui.

Observations VII et VIII. — *Hémiplégie.* — « J'ai depuis rencontré deux cas d'hémiplégie provenant de maladie cérébrale, dans laquelle la grossesse suivit son cours, l'accouchement s'effectua, et les malades guérirent. L'enfant de l'une d'elles était hydrocéphale. »

Observation IX. — *Paralysie faciale partielle.* — Je connais une femme qui est accouchée deux fois, et est maintenant grosse. Elle calcule le moment où

(1) Lever, *Guy's Hospital Reports.* 1847, vol. V, p. 18.
(2) Lever, *Ibid.*, p. 20.

elle est devenue enceinte par le moment où elle commence à sentir un certain engourdissement et une certaine faiblesse dans le côté de la figure, et une sensation de picotements dans la main droite. — Elle se remet complétement après l'accouchement.

Observation X. — Une autre dame a eu huit enfants et a toujours souffert de cette même manière. Elle vient de faire une fausse couche. Aucune de ces dames n'a pu nourrir.

Observation XI. — *Amaurose.* — Dans le courant de l'année 1853, je fus appelé à voir une dame âgée d'environ trente ans. Elle était excessivement nerveuse, enceinte de huit mois et souffrait d'une amaurose complète d'un œil. La perte de la vue n'était pas complète dans l'autre œil. Elle avait eu deux attaques ; mais lors de ma première visite, n'ayant pas pu rencontrer le médecin ordinaire de cette dame, je n'ai pas pu savoir de quelle nature était l'affection. Cependant, d'après l'aspect de la malade, et d'après ce qu'elle me disait je soupçonnais la présence de l'albumine dans les urines. Après avoir employé les moyens ordinaires d'exploration, le médecin reconnut qu'il en était ainsi. Comme la vue s'altérait de plus en plus, on se décida à provoquer un accouchement prématuré. Les douleurs de l'enfantement commencèrent vingt-quatre heures après la rupture des eaux, et douze heures après l'enfant naissait mort. Il y a trois semaines, le mari me dit que sa femme pouvait jouer aux cartes.

Observations XII et XIII. — *Surdité.* — J'ai vu dans plusieurs circonstances le sens de l'ouïe, très-altéré pendant la grossesse, reprendre toute sa finesse après l'accouchement. On ne pouvait découvrir d'albumine après la délivrance ; quand l'albumine n'existait pas, l'ouïe reprenait toute sa subtilité. Je dois ajouter que, dans tous les cas analogues, où le docteur Lever a examiné les urines, il a trouvé de l'albumine.

Simpson a eu l'obligeance de me donner les notes suivantes sur différents cas qu'il a été appelé à voir.

Observation XIV. — *Hémiplégie.* — M***, fille d'un médecin distingué, devint légèrement amaurotique (paralysie de la cinquième paire) vers le huitième mois de sa grossesse. Le docteur Simpson examina les urines qu'il trouva coagulables. Avant l'accouchement, l'hémiplégie survint graduellement. La malade se remit un peu après la délivrance ; elle peut maintenant se promener un peu, mais ne peut encore diriger à volonté tout le côté droit.

Dans une lettre ultérieure Simpson cite encore un cas de grand intérêt.

Observation XV. — *Paralysie faciale.* — La patiente n'a plus qu'une ou deux semaines pour arriver à son troisième accouchement. Il y a quatre jours, elle éprouva du malaise dans le côté droit de la figure, et ressentit une certaine roideur précédée par une douleur dans le derrière de la tête. La roideur se transforma bientôt et présenta tous les symptômes de la paralysie de la *portio dura* (7e paire). Quand j'ai vu la malade aujourd'hui, elle était

très-défigurée, surtout quand elle souriait; elle ne pouvait fermer l'œil droit, et de plus il semblait exister de l'insensibilité du côté de la joue, du nez et des lèvres, comme si les branches sensitives de la cinquième paire étaient atteintes. Les paupières, surtout la paupière droite, étaient gonflées et œdémateuses, mais il n'y avait pas d'œdème des mains ou des pieds ; ni d'ailleurs. Le pouls était lent et faible. La malade était excessivement sensible aux sons et à la lumière; mais le point qui vous paraîtra le plus intéressant est celui-ci : c'est qu'en analysant l'urine, j'ai trouvé qu'elle devenait opaque et épaisse lorsqu'on la faisait bouillir. J'ai vu bien des cas de paralysie locale, surtout de paralysie des yeux, coïncidant avec l'albuminurie, mais à l'exception du cas que je viens de citer, je n'avais jamais rencontré de paralysie de la septième paire.

Observation XVI. — *Hémiplégie.* — Il ajoute : « Depuis que je vous ai écrit, j'ai vu un emalade frappée d'hémiplégie il y a six ans, à la naissance de son premier enfant, et qui n'a qu'imparfaitement recouvré l'usage du côté affecté. D'après les symptômes qui ont accompagné l'attaque, il est très-probable que la paralysie était le résultat d'albuminurie puerpérale.

Les cas suivants se sont produits dans la clientèle de Crosse de Norwich.

Observation XVII. — *Hémiplégie.* — X*** accoucha de jumeaux en mai 1844. C'est une femme faible et délicate. Elle a été atteinte de paralysie du côté gauche avant son mariage, paralysie qui subsiste toujours. Le côté droit se paralysa également après l'accouchement à la suite d'une diarrhée débilitante. Mais elle se remit de cette attaque. Dans le courant de l'année 1846 la paralysie du côté gauche augmenta : elle maigrit, et avec ces changements peu favorables, elle eut des maux de cœur, et eut des signes très-marqués de grossesse. En juin, elle était devenue si faible qu'elle garda la chambre, et peu de semaines après, elle pouvait à peine quitter son lit ; elle n'urinait qu'une fois toutes les vingt-quatre heures, et à la fin elle avait grand'peine à avaler et à s'exprimer. — Tous ces signes annonçaient le progrès évident de la paralysie ou de la maladie du cerveau. A mesure que la grossesse avançait elle dépérissait. A la fin de septembre elle ne pouvait avaler que des liquides, et elle était très-gênée par des mucosités, qu'elle ne pouvait ni avaler ni rejeter. Il en résulta des paroxysmes très-inquiétants de suffocation. Au commencement d'octobre, elle s'éteignait rapidement, nous délivrant de la crainte d'un accouchement à terme, qu'elle n'aurait certainement pas supporté (1). Elle mourut le 12 octobre, mais il n'y eut point d'autopsie.

Observation XVIII. — *Hémiplégie.* — Madame P.., âgée de quarante-deux ans, mère de plusieurs enfants, eut il y a six ans, pendant une grossesse, une légère attaque de paralysie, mais elle parvint à son terme, et se remit. — Elle se plaignit pendant quelques jours d'engourdissement de la jambe et du bras droits, et devint complétement hémiplégique du côté droit dans la nuit du 2 septembre 1827. Une saignée, un vésicatoire et un purgatif furent administrés. Quelques heures après on remarqua que la liqueur amniotique s'écoulait goutte à goutte; la malade sembla de loin en loin faire des efforts comme si

(1) J.-J. Crosse, *Cases in midwifery*, p. 162.

elle était en travail, bien qu'elle n'accusât aucune douleur. Vingt-quatre heures après, un enfant d'environ six ou sept mois naissait mort, et le placenta suivait immédiatement.

Elle faisait des efforts, mais ne semblait pas éprouver les vives douleurs qui accompagnent ordinairement les contractions de l'utérus, et ne se plaignit qu'aux dernières douleurs, quand l'enfant franchissait l'orifice externe.

5 septembre, la malade reste hémiplégique, mais, sous tous les autres rapports, paraît en bonne voie (1).

Observation XIX. — *Hémiplégie.* — Madame B..., âgée de vingt-sept ans, eut une attaque d'hémiplégie un mois avant son accouchement, son état s'améliora considérablement avant la délivrance, qui eut lieu le 17 mai. « Le 9 octobre, elle avait graduellement recouvré l'usage entier de ses membres, mais elle est maigre et faible de corps et d'esprit. » En 1845, elle accoucha encore une fois, mais sans avoir ressenti aucun symptôme de paralysie avant ou après le travail (2).

Je dois les deux observations suivantes à Beatty :

Observation XX. — *Paralysie faciale.* — 1er octobre 1850. Madame X..., première grossesse. Cette jeune femme s'attendait à accoucher vers la fin du mois, et fut très-impressionnée, en s'habillant ce matin, de découvrir que sa figure était complétement de travers ; elle n'avait eu aucun avertissement de la paralysie qui frappait les muscles de sa face, et ne l'avait découverte qu'en voyant dans la glace sa figure contournée. Je fus mandé, et je trouvai la bouche considérablement déviée vers la gauche, et les muscles du côté gauche mous et sans force. La langue, sortie, se dirigeait vers la droite. Elle souffrait un peu de la tête et était très-effrayée. Le pouls était à 98 et petit. Des sangsues furent appliquées derrière l'oreille droite, et, après l'usage d'un purgatif, la malade fut soumise à l'usage des mercuriaux. Des sangsues furent appliquées à plusieurs reprises au même endroit ; aux sangsues on fit succéder des vésicatoires. La paralysie diminua graduellement, et, au bout de trois semaines, elle avait complétement disparu.

La patiente accoucha le 21 du même mois. Le travail, qui dura huit heures, fut facile, et il naquit un enfant du sexe féminin bien portant. L'urine ne fut pas examinée. Cette dame a eu deux enfants depuis et n'éprouva aucun trouble dans sa santé pendant ses autres grossesses.

Observation XXI. — *Hémiplégie.* — 8 août 1844. Madame X..., première grossesse. Cette dame, très-jeune, de petite stature, très-active, d'un tempérament nerveux, fut atteinte de paralysie de tout le côté droit du corps, pendant la nuit, trois semaines avant le terme de sa grossesse. L'affection débuta par un accès ressemblant à de l'épilepsie ou à de l'hystérie convulsive. Lorsque je la vis le jour suivant, elle ne pouvait parler d'une façon intelligible. Le bras et la jambe du côté droit étaient presque complétement privés de mouvement. La face était congestionnée. La malade se plaignait de céphalalgie, elle était très-irritable. Le pouls battait 98 fois par minute, il était petit et faible. On lui fit immédiatement une application de sangsues aux tem-

(1) J.-J. Crosse, *Cases in midwifery*, p. 163.
(2) J.-J. Crosse, *Ibid.*, p. 164.

pes. On administra un purgatif, qui évacua une grande quantité de matières noires et fétides. Aussitôt après il fut fait des onctions mercurielles, et l'on fit une nouvelle application de sangsues aux tempes et derrière les oreilles. La malade fut rapidement saturée de mercure, et elle eut une violente salivation. Le mouvement revint assez vite dans les membres, et si ce n'eût été de la stomatite mercurielle, elle eût pu parler. Elle se rétablit en quinze jours, et elle put marcher et se servir de ses bras. La bouche resta très-malade jusqu'au moment de l'accouchement. Le travail fut facile, ne dura que six heures, et il naquit une fille bien portante. Cette dame n'avait eu ni œdème des jambes ni aucun des autres signes précurseurs d'une attaque convulsive. L'urine ne fut pas examinée. Elle eut trois autres enfants sans qu'il se produisît aucun signe morbide.

Mac Clintock m'a communiqué le cas suivant:

Observation XXII. — *Paralysie partielle du côté droit.* — Une dame, d'une constitution saine, d'un tempérament nerveux, fut subitement prise d'insensibilité, d'un sentiment de froid, et d'une paralysie partielle du bras et de la jambe gauches. Elle était au neuvième mois d'une quatrième grossesse. La malade fut aussitôt couchée, et les membres furent frictionnés avec de l'alcool. Je la vis presque aussitôt après son attaque, et je la trouvai dans un état de grande anxiété nerveuse. Il n'y avait ni douleur ni congestion à la tête. Elle n'avait manifesté aucun des symptômes de la congestion cérébrale. Une heure après, la sensation pénible que la malade éprouvait dans les membres avait disparu, et le mouvement était revenu. Le jour suivant, le seul malaise que la malade éprouvait était une légère trémulation dans le petit doigt et dans l'annulaire de la main droite. Le même phénomène se manifestait aussi de temps à autre dans la langue et dans les lèvres. Pendant les trois semaines qui suivirent, elle éprouva quelquefois de ces sensations anormales dans les jambes, dans les bras, dans la langue, mais moins souvent dans la jambe que dans les autres parties; une ou deux fois, les mêmes symptômes se produisirent dans la voûte palatine et dans le front. Le 11 août 1849, la malade accoucha ; elle eut un travail facile et de courte durée, et une rapide convalescence. Le quatrième jour il y eut un retour de l'anesthésie et de la sensation de froid dans la jambe et le bras du côté droit. De ce moment au 1er octobre, lorsque son enfant qu'elle allaitait vint à mourir, il se passait rarement trois ou quatre jours sans qu'elle se ressentît plus ou moins de ces malaises, ils duraient environ une heure et étaient généralement suivis de l'émission d'une grande quantité d'urine limpide. Plus d'une fois je constatai que la température du membre affecté était plus basse que celle du côté opposé. Une seule fois les membres des deux côtés furent atteints. Le docteur Charles Johnson, qui vit cette dame avec moi le 13 septembre, fut d'avis comme moi que ces phénomènes étaient d'origine purement nerveuse. La menstruation se rétablit peu de semaines après la mort de son enfant. Malgré cela, elle continua à ressentir ces troubles dans le côté droit du corps. Au milieu de décembre, d'après notre avis, elle alla à la campagne. Six semaines après elle revint complétement débarrassée de ses troubles nerveux, qui avaient duré cinq mois dans les différentes conditions de la grossesse, de l'état puerpéral, de l'allaitement et de la menstruation.

Je dois à Stokes l'avantage de publier l'observation suivante. C'est un cas des plus intéressants, et je puis témoigner du soin avec lequel elle a été rédigée par Burland :

Observation XXIII. — Catherine Commins, maîtresse d'hôtel, âgée de trente ans, demeurant, 18, Johns Lane. Elle fut admise au Meath's hospital, le 5 novembre 1856, dans le septième mois de sa grossesse. C'est une femme robuste, bien développée, d'un tempérament sanguin et mère de cinq enfants. Elle a toujours joui d'une excellente santé. Ses précédentes grossesses ne furent interrompues par aucun symptôme morbide, ses enfants étaient forts et bien portants. Elle déclare que son mari, qui jusqu'alors avait été bon et attentif pour elle, se livra à l'ivrognerie pendant l'été de 1856 ; lorsqu'il était ivre, il la maltraitait de telle sorte que, avant et pendant la durée de cette grossesse, son inquiétude et son chagrin étaient tels qu'elle ne se nourrissait plus. Au commencement du mois d'août (elle était alors au quatrième mois de sa grossesse), son mari, en état d'ivresse, la frappa avec un gros soulier sur le bras et le côté gauche, et lui donna des coups dont elle portait encore les traces au moment de son admission à l'hôpital. Elle n'éprouva cependant aucun symptôme paralytique avant le dimanche 2 novembre. Elle se coucha paraissant jouir de la plus parfaite santé, s'éveilla au milieu de la nuit avec des fourmillements et de l'engourdissement dans le bras et dans tout le côté gauche (elle donne l'idée de la sensation qu'elle éprouvait dans la jambe, en disant que sa jambe était endormie) ; elle ne pouvait remuer les membres du côté gauche. Cet état dura jusqu'à mercredi, jour où elle fut transportée à l'hôpital. Elle était alors dans l'impossibilité absolue de se tenir debout ou de marcher. Elle offrait à ce moment les symptômes suivants : les muscles de la face, de la langue et du cou étaient intacts, l'intelligence était conservée, la déglutition et l'articulation des sons étaient parfaites ; il y avait une perte complète de la sensibilité et de la motilité dans le bras gauche, à partir de l'épaule du côté gauche. (Jusqu'à la ligne médiane en arrière, il y avait insensibilité complète ; en avant, la limite n'est pas aussi nette, car il y avait encore de la sensibilité dans la moitié droite du sein gauche.) Dans la jambe gauche, il y avait insensibilité incomplète, une perte complète des mouvements volontaires.

Pendant toute la durée de la paralysie, il n'y eut ni atrophie musculaire, ni spasme, ni rigidité, ni contracture ; la température était un peu plus basse du côté malade, et les jambes étaient légèrement œdématiées. Il n'y avait aucun vestige de maladie organique, et l'on entendait et le bruit du cœur fœtal et le bruit du soufflet. L'urine fut examinée deux fois et ne présenta que les conditions anormales suivantes : *couleur*, pâle, d'un jaune légèrement ambré ; *réaction* acide ; *pesanteur spécifique*, 1011 ; diminution dans la quantité de l'urée ; pas de dépôt appréciable ; toutes les autres sécrétions étaient normales.

On conseilla des lotions stimulantes, et l'application successive de petits vésicatoires à la nuque et le long de l'épine dorsale. Sous l'influence de ce traitement, et après quatre semaines, le sentiment revint en partie dans la jambe et au bras, entre l'épaule et le coude. Elle pouvait mouvoir le membre inférieur, mais elle ne pouvait ni se tenir debout ni marcher. L'amélioration

fut progressive jusqu'à la fin de décembre (huitième mois de la grossesse); la malade avait alors assez de force pour se traîner, mais non pour marcher sans aide. Le bras et le côté restèrent dans le même état lors de son admission. L'urine présentait, le jeudi 15 février (trois jours avant l'accouchement), les caractères suivants : *coloration* jaune ambrée pâle, elle est légèrement trouble; *dépôt* abondant de lithates roses sur les parois du vase, *acidité* très-prononcée, *pesanteur spécifique*, 1035, pas de traces d'albumine. L'état fut le même jusqu'au samedi soir 17 janvier : pas de travail, quelques douleurs vagues que la malade attribuait à une mauvaise digestion. Le dimanche matin, c'est-à-dire dix jours avant le terme supposé, à onze heures, elle fut prise des véritables douleurs de l'enfantement, et cinq minutes après elle mettait au monde un enfant du sexe féminin, bien portant, mais de petites dimensions. Je fis l'extraction du placenta quinze minutes après; il n'y eut pas d'hémorrhagie, et, une demi-heure après, elle éprouvait des fourmillements et une sensation de chaleur dans le coude. Peu à peu la sensibilité revint dans le bras et dans le côté, et, très-peu de temps après, la motilité revenant à son tour, la patiente pouvait alors lever le bras au-dessus de la tête; elle pouvait mouvoir la jambe dans toutes les directions que lui imprimait sa volonté.

2e SÉRIE. — *Observation de paralysie pendant et après la délivrance.*

OBSERVATION XXIV. — *Amaurose.* — Madame X***, âgée de vingt-six ans, éprouva les douleurs de son premier accouchement le 9 septembre 1811, et peu après elle fut prise de convulsions. Les accès étaient fréquents et violents, ils continuèrent à de plus longs intervalles après l'accouchement, qui fut terminé par le forceps; on lui fit une saignée abondante, on lui appliqua des vésicatoires, de la glace sur la tête, etc. Elle resta complétement insensible pendant quarante-huit heures après son accouchement; puis, peu à peu elle se rétablit : « Elle resta aveugle pendant quinze jours, elle commença après ce temps à y voir un peu, mais il s'écoula six semaines avant qu'elle pût nettement discerner les objets (1). »

OBSERVATION XXV. — Dans un autre cas de convulsions rapporté par le même auteur, la vue, surtout d'un côté, resta imparfaite pendant un long temps.

OBSERVATION XXVI. — *Amaurose.* — Madame C... accouche pour la première fois sous l'influence d'impressions morales tristes et dépressives. Elle n'avait pas trente ans. Le travail débuta avec une convulsion. La vue et la sensibilité étaient abolies. Les pupilles étaient largement dilatées. Je fus mandé en consultation : l'orifice était largement dilaté, et l'accouchement fut terminé par une application de forceps. On fit de larges émissions sanguines, on appliqua des vésicatoires, la convulsion cessa. La vue fut complétement perdue pendant plusieurs jours, puis elle revint, et la malade se rétablit complétement (2).

Je dois à l'obligeance de Mac Clintock l'observation suivante :

OBSERVATION XXVII. — *Hémiplégie.* — « Ce fait s'est passé peu de temps

(1) Dewees, *Compendious system of midwifery*, p. 505.
(2) Crosse, *Cases in midwifery*, etc., p. 155.

avant que je ne quittasse l'hôpital en 1847. Madame E. D., âgée de trente-six ans, accoucha d'un garçon bien portant (son troisième enfant), après un travail facile ayant duré quatre ou cinq heures. Pendant le travail, le bras droit et la main du même côté se paralysèrent sans qu'il se manifestât de convulsions ou aucun autre symptôme cérébral. Elle se rétablit à merveille de son accouchement, et l'on ne put la retenir à l'hôpital au delà du huitième jour, quoiqu'elle n'eût encore recouvré qu'imparfaitement l'usage de son bras. Pendant les sept jours que nous pûmes l'observer, le traitement consista en fomentations chaudes et stimulantes sur le bras, puis on appliqua des vésicatoires sur le trajet des nerfs brachiaux. On lui donna en même temps des purgatifs actifs. Une notable amélioration suivit l'usage de ces moyens, mais je n'ai pu connaître le résultat définitif. »

Observation XXVIII. — *Paraplégie* (1). — Au mois de décembre 1850, mademoiselle J..., âgée de trente-deux ans, domestique, non mariée, fut admise à la Maternité de Wurzbourg. Deux fois auparavant elle était accouchée naturellement : la dernière fois en juillet 1848. Huit jours après son dernier accouchement, elle prit froid en lavant (elle était debout dans l'eau jusqu'aux genoux). Deux heures après, elle fut prise de symptômes de paralysie de la partie inférieure de la jambe gauche. Quelques jours après, la paralysie s'étendait à la cuisse du même côté. Deux ou trois semaines plus tard, la jambe droite était atteinte au-dessous du genou. A ce moment, les mouvements étaient un peu plus lourds dans les extrémités supérieures. La malade ne pouvait ni se tenir debout ni marcher, mais elle pouvait encore tricoter ou coudre, etc. Au mois de mai 1850, nouvelle grossesse accompagnée d'une augmentation dans les phénomènes paralytiques, sans diminution de la sensibilité pendant toute la durée de la maladie. D'un autre côté, il y avait une diminution notable dans la nutrition des muscles, des avant-bras et des jambes. Le travail commença le 28 janvier 1851, et, après un long temps, la femme accoucha d'un enfant bien portant. Elle se rétablit très-bien, et la paralysie parut diminuer un peu du quatrième au dixième jour. Les saignées locales, les vésicatoires, l'électricité, la strychnine et l'ergot de seigle furent employés en vain, et un an et demi après elle était dans le même état que le jour où elle quittait l'hôpital.

Le cas suivant a été publié par Beatty (2) :

Observation XXIX. — *Paralysie de la jambe droite.* — Anne Kæran, âgée de vingt et un ans, accoucha de son premier enfant le 26 novembre 1836, après un travail de sept heures. Enfant né vivant. Il ne survint rien de notable après l'accouchement, lorsque le second jour la malade se plaignit de ne pouvoir remuer la jambe droite, qui lui paraissait engourdie, privée de vie. En examinant la jambe, on ne découvrait ni gonflement ni douleur qui pussent indiquer l'invasion d'une *phlegmatia dolens*. Au contraire, la sensibilité paraissait considérablement diminuer dans la jambe. On fit des frictions avec de l'essence de térébenthine chaude, sans résultat favorable. Au bout de quinze jours,

(1) Scanzoni, *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 1000.

(2) Beatty, *Second Report of the New Lying-in Hospital* (*Dublin Journal*, 1re série, vol. XII, p. 304).

voyant qu'on n'avait rien obtenu, on appliqua une série de vésicatoires sur le trajet du nerf sciatique en en dirigeant la succession de haut en bas. Cette médication, en même temps que les soins donnés à l'état général, eut pour résultat de ramener graduellement le mouvement dans ce membre. Après un mois, la malade fut en état de traverser sa chambre avec l'aide d'une canne ; mais encore à ce moment elle traînait la jambe, et lorsqu'elle la soulevait, le pied pendait inerte, les orteils dirigés vers le sol. Après le deuxième mois, il y eut une amélioration sensible, la marche était plus ferme, moins vacillante ; la sensibilité était presque complétement revenue. L'amélioration continua jusqu'au mois de février. A ce moment la patiente marchait à peu près bien, elle se préparait à quitter l'hôpital, lorsque la fièvre puerpérale fit son apparition dans nos salles. Elle fut prise de péricardite et succomba en moins d'une semaine.

Observation XXX. — *Paralysie de la jambe gauche* (1). — Au mois de février 1851, une femme âgée de trente-trois ans vint à la *Polyclinique*. Le 25 janvier, elle était accouchée au moyen du forceps de son troisième enfant, après un travail pénible qui avait déjà duré douze heures. Pendant l'accouchement, elle s'était plainte de crampes dans la jambe gauche. Les jours suivants, après qu'elle eut quitté le lit, elle se plaignait encore de lassitude, de difficulté à marcher, et il lui semblait que son pied gauche était moins sensible. L'examen montra que la sensibilité était normale dans la jambe et la cuisse gauches ; mais elle était moindre sur le dos et à la plante du pied du même côté ; la malade ne sentait que très-imparfaitement lorsqu'on promenait la main sur ces points. Elle ne sentait pas non plus le sol lorsqu'elle posait le pied à terre. La diminution dans la motilité était visible, parce que la malade traînait la jambe en marchant, et qu'elle exécutait difficilement les mouvements qu'elle voulait faire. Les veines étaient variqueuses et l'utérus était en prolapsus. On prescrivit un purgatif, on fit des frictions avec l'essence de térébenthine, on administra ensuite l'extrait alcoolique de noix vomique à la dose d'un demi-grain bientôt élevé à un grain, trois fois par jour. Le résultat fut des plus satisfaisants : la sensibilité et le mouvement revinrent complétement, et la malade quitta l'hôpital complétement guérie le 3 mars.

Je dois cette observation au docteur Forrest :

Observation XXXI. — *Hémiplégie.* — Madame H..., âgée de vingt-neuf ans, accoucha de son second enfant le vendredi 10 juin 1853, après un travail naturel de cinq heures. La seconde partie du travail fut très-courte. La délivrance fut suivie d'une violente hémorrhagie qui amena la syncope, et M. Forrest fut alors mandé en consultation. La compression fut faite sur le ventre au moyen de serviettes et d'un bandage de corps ; on fit des applications froides ; l'écoulement sanguin fut arrêté, et la patiente allait aussi bien que possible ; la sécrétion du lait fut abondante ; les lochies furent naturelles, lorsque, sans cause appréciable, le mardi 14 juin, celles-ci se tarirent, sans apparence de malaise, jusqu'au 17. Ce jour, qui était le huitième après la délivrance, notre accouchée fut prise de paralysie dans la jambe et le bras

(1) Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten.* 3e édition. Berlin, 1857.

du côté droit, sans mal de tête, sans aucun symptôme précurseur. Les muscles de la face étaient intacts, la vue et la parole étaient normales; les pupilles étaient naturelles ; l'intelligence était parfaite. Le lendemain matin, 18 juin, la patiente fut prise d'un violent accès convulsif qui agita tout le corps, les membres paralysés aussi bien que les autres. M. Forrest trouva la malade dans un état de stupeur profonde. Elle eut huit accès ce jour-là. Le dimanche, même état. On pouvait cependant la tirer par moments de son état de stupeur ; les convulsions reparurent à de plus longs intervalles, puis elles cessèrent complétement. Le pouls était fréquent, l'intelligence, avant et après l'accès, était intacte ; la parole était conservée ; les yeux étaient naturels ; la sensibilité n'était pas abolie dans les membres paralysés, mais la motilité était complétement perdue. Après l'attaque convulsive, il y avait de la céphalalgie, mais elle disparut assez rapidement, et deux mois après les fonctions étaient complétement rétablies dans le bras et dans la jambe. On ne pouvait trouver aucune cause extérieure ayant provoqué l'attaque. Cette femme n'avait eu ni tourments ni impression vive, elle jouissait avant son accouchement d'une santé parfaite ; elle n'était pas sujette au mal de tête ou à des accès hystériques. L'hémorrhagie contre-indiquait les émissions sanguines ; le traitement fut uniquement dérivatif au moyen de sinapismes ; on donna des lavements de térébenthine et d'asa fœtida ; on administra des doses de 4 grains de camphre toutes les deux heures ; on employa les purgatifs, etc. Le samedi, 18 juin, M. Forrest eut une consultation avec le docteur Montgommery. La malade est actuellement en parfaite santé.

Le cas suivant, qui survint aussi après une hémorrhagie, est rapporté dans une lettre de Ley à Charles Bell (1) :

Observation XXXII. — *Hémiplégie.* — Madame W..... fut accouchée par une sage-femme à Kilburn. Le travail fut facile, mais suivi d'une hémorrhagie très-abondante lors de la séparation du placenta. Elle se remit bientôt de l'extrême faiblesse produite par la perte de sang ; mais, au bout de trois ou quatre jours, elle eut un peu de fièvre et se plaignit d'un violent mal de tête, Pendant environ une semaine, elle n'eut d'autres soins que ceux de la sage-femme. Au bout de huit jours, cependant, la douleur de tête augmentant, et étant accompagnée d'un peu d'engourdissement dans un côté, je fus appelé. Je la trouvai souffrant horriblement de la tête, beaucoup plus d'un côté que de l'autre. La douleur occupait la région des os temporaux et occipitaux, au-dessus de l'apophyse mastoïde, et était accompagnée de violentes pulsations. D'un côté du corps il y avait une grande diminution de sensibilité, sans qu'il y eût une perte de forces équivalente dans les muscles. Ainsi, elle pouvait tenir son enfant sur le bras de ce côté, tant qu'elle y portait toute son attention, mais dès que son attention était détournée, les fléchisseurs se relâchaient peu à peu, et l'enfant risquait de tomber. Le sein de ce côté participait à cette insensibilité, mais la sécrétion du lait était aussi abondante que de l'autre. Elle voyait l'enfant teter et avaler, mais elle ne le sentait pas. Le gonflement du sein ne produisit aucune souffrance, et elle ne sentit pas du tout ce

(1) Ley, in Bell, *On the nerves*, app., n° 85.

qu'on appelle la montée du lait de ce côté, tandis que cette sensation se faisait fortement sentir de l'autre côté. De l'autre côté du corps, il y avait difficulté de mouvement, sans diminution de sensibilité. Le bras ne pouvait supporter l'enfant. La main était sans force et ne pouvait saisir les objets. La jambe ne pouvait se mouvoir qu'avec difficulté. La sensibilité était intacte. La malade se plaignait d'une sensation pénible de chaleur, de fourmillements, et elle ressentait plus que d'ordinaire les effets de la pression ou même d'attouchements légers. Les moyens que j'employai, et qui furent continués par le docteur P. M. Latham, à l'hôpital de Middlesex, furent des émissions sanguines, des vésicatoires, des purgatifs, mais je dois dire que leur efficacité fut médiocre, et la pauvre femme quitta l'hôpital dans un état d'amélioration insignifiante. Plusieurs mois après, elle commençait une nouvelle grossesse. Elle accoucha à terme, facilement ; elle n'eut pas d'hémorrhagie, mais dix jours plus tard, elle se plaignit d'engourdissement des deux côtés du corps. La parole n'était pas distincte ; peu à peu la sensibilité diminua, et enfin elle tomba dans le coma et mourut.

A l'autopsie on ne trouva pas de lésion très-marquée dans l'encéphale, peut-être les ventricules du cerveau contenaient-ils un peu plus de liquide qu'à l'état normal. Les membranes, à ce niveau, étaient un peu épaissies et congestionnées. Il y avait quelques adhérences dans certains points : dans d'autres, les méninges paraissaient séparées de la substance cérébrale par une matière gélatineuse incolore. Telles sont les phases principales d'une observation que dans mes leçons j'ai coutume de citer comme un de ces faits qui sont la conséquence d'une grande et subite perte de sang ; un de ces faits de congestion locale ayant des rapports avec une véritable inflammation.

Observation XXXIII. — *Paralysie de la face et des bras.* — Madame S....., âgée de quarante-trois ans, accouche de son treizième enfant. (Ils sont tous vivants en juin 1844.) L'accouchement est parfaitement normal ; les suites en sont des plus régulières jusqu'au septième jour. Le soir, elle causait tranquillement avec son mari, elle se mit à crier : « *Conveniency, conveniency, conveniency.* » La bouche était complétement tirée d'un côté ; le bras du même côté était complétement paralysé, la jambe était intacte. La malade allaitait son enfant, ses lochies étaient normales, les entrailles étaient libres. Lorsque le docteur Duke la vit, il constata en même temps une certaine difficulté dans l'articulation des mots et une grande fréquence du pouls. Il fit des applications froides sur la tête, il lui donna des laxatifs, il la mit sous l'influence de la saturation mercurielle. Les résultats furent des plus heureux, car quinze jours après, la malade avait recouvré l'usage de la parole et les mouvements de son bras. Le pouls se maintint fréquent pendant plusieurs mois, et en même temps on observa une légère diminution de la vue. Elle vint à la ville, elle me demanda en consultation avec le docteur Jacob et le docteur Duke ; nous ordonnâmes une médication dérivative et un traitement tonique, et peu à peu elle se rétablit complétement.

Observation XXXIV. — *Hémiplégie.* — Madame K....., âgée d'environ trente-huit ans, accoucha de son cinquième enfant le 15 septembre, après un travail très-facile et peu long. Cette dame était d'une constitution très-chétive, et à peine était-elle remise de l'inanition que lui avaient causée les vomissements

incessants de sa précédente grossesse. Elle n'avait eu ni céphalalgie ni vertiges. Son estomac et ses entrailles s'étaient maintenus en bon ordre pendant toute sa grossesse. Elle n'avait ni œdème ni aucun autre désordre.

Le 16 et le 17 septembre, les choses se passèrent très-régulièrement, et, jusque dans l'après-midi du 18, elle fut parfaitement bien; les lochies étaient naturelles, la sécrétion laiteuse était normale.

Le 18, après midi, je fus mandé, et je trouvai la patiente hémiplégique du côté gauche. Elle n'était pas insensible, elle pouvait parler assez bien, quoique la bouche fût complétement tirée d'un côté. Les mouvements étaient complétement abolis dans le bras et dans la jambe, la sensibilité était intacte, le pouls était à 120. Je fis une application de sangsues aux tempes, la tête fut rasée et recouverte d'un vésicatoire. Les intestins étaient trop irritables pour supporter le mercure; le vésicatoire fut renouvelé, un séton fut mis au bras, et par ces moyens la maladie fut amendée. L'intelligence était conservée, la parole était facile; elle recouvra d'abord le mouvement dans la jambe, et à un beaucoup moindre degré dans le bras. La face avait retrouvé son expression habituelle et n'était plus déviée; l'appétit était bon; la digestion se fait bien; le seul symptôme qui m'inquiétât était la fréquence du pouls, qui ne tomba jamais au-dessous de 100.

2 octobre. — La malade se trouvait très-bien; comme il y avait de la constipation, elle avait pris une pilule la veille au soir, et, lorsque l'action s'en fit sentir, elle se leva pour aller à la garde-robe. Pendant qu'elle était sur le siége elle eut une syncope dont elle ne sortit pas. Elle mourut à huit heures du soir, le même jour, sans que la paralysie eût augmenté, sans qu'il y eût eu ni coma, ni stertor; en un mot, sans aucun nouveau symptôme. Il fut impossible de faire l'autopsie.

Ireland m'a donné l'observation de ces trois faits, qui se sont passés dans la même famille :

Observation XXXV.— *Paralysie faciale.*— Madame O....., âgée de trente-quatre ans, accoucha de son cinquième enfant, le 28 novembre 1853, et à la fin de décembre elle eut une attaque de paralysie du côté droit de la face, la vision était troublée, il y eut en même temps chute de la paupière droite, etc. Sous l'influence de sangsues et des préparations mercurielles, elle se rétablit. La mère de cette malade avait eu, après un accouchement, une attaque semblable à laquelle elle succomba; une de ses sœurs eut de la paraplégie pendant plusieurs années. Cette paralysie augmenta après son accouchement jusqu'à l'heure de sa mort.

Observation XXXVI. — *Hémiplégie.* — Madame A...., âgée de vingt-six ans, accoucha de son quatrième enfant, le samedi 12 novembre 1853, après un travail de deux ou trois heures. Elle avait toujours joui d'une excellente santé pendant sa grossesse, elle n'avait eu ni céphalalgie, ni troubles du tube digestif, ni œdème. Elle n'était pas hystérique, et n'avait jamais eu d'attaques de nerfs. Après son accouchement, tout alla bien jusqu'au septième jour (18 novembre). Ce jour-là, à neuf heures du matin, après avoir très-tranquillement parlé à la garde, sans secousse, sans aucune plainte, elle perdit connaissance. En même temps, on observa quelques tressaillements dans les muscles de la

face. Le docteur Duke me pria de la voir: elle pouvait mouvoir les bras et les jambes; elle saisissait de l'une et de l'autre main ma main avec force, elle parlait d'une façon parfaitement nette et avec une raison complète; il y avait cependant des mots qu'elle ne pouvait pas prononcer, ou dont elle avait perdu le souvenir; elle les reconnaissait pourtant lorsqu'on les lui prononçait; elle ne pouvait tirer franchement et librement la langue; elle disait n'avoir de douleur en aucun point de son corps. Les yeux étaient à l'état normal, les pupilles régulièrement dilatées, sensibles à la lumière, qui, toutefois, ne la fatiguait pas. Le pouls était à 140, petit, filiforme et ondulant. Il existait de la sensibilité dans la fosse iliaque droite, mais elle ne persista pas. Les lochies étaient abondantes, d'aspect naturel, l'odeur n'en était pas modifiée; la sécrétion laiteuse était abondante. Après un examen soigneux, ni le docteur Duke ni moi ne pûmes arriver à trouver la cause de cette attaque. Le docteur Duke avait fait appliquer des sangsues au front, avait donné une pilule bleue avec un peu d'opium (nous en continuâmes l'usage); il avait fait mettre des sinapismes aux jambes et un vésicatoire à la nuque. Pendant toute cette journée, l'état de la malade ne fut pas notablement modifié, mais dans la soirée elle eut une nouvelle attaque de paralysie, accompagnée de tressaillements dans le bras et après lesquels la perte du mouvement paraissait être plus complète. La sensibilité ne fut pas atteinte pendant tout le temps.

19 novembre, dix heures du matin. — La malade avait dormi par intervalles pendant la nuit; le pouls était à 140, petit et faible. Elle peut encore mouvoir un peu la jambe, mais le bras pas du tout. La parole est plus embarrassée, et la difficulté pour exprimer certains mots augmente; la malade montre qu'elle comprend tout ce qui se dit. Les entrailles ont été dégagées et et la vessie vidée; la malade laisse tout aller sous elle, non pas qu'elle n'en ait pas conscience, mais à cause de l'impossibilité de se mouvoir. Les mêmes remèdes sont continués, la tête est rasée et des vésicatoires y sont appliqués. — On donne à la malade du bouillon de poulet.

20 novembre, dix heures du matin. — L'état est à peu près le même que la veille; le pouls a augmenté en force et en volume, et n'est maintenant qu'à 120. La patiente ne ressent aucune douleur; l'expression du visage est calme et sereine. Elle ne peut mouvoir le bras, mais il est parfaitement sensible; elle remue un peu la jambe; elle a eu une garde-robe et a uriné. Une consultation du docteur Stokes a eu lieu aujourd'hui, il approuve complétement notre traitement, et nous continuons à administrer les pilules d'opium et de mercure. Un autre vésicatoire est appliqué, et nous donnons une potion composée d'ammoniaque et d'une infusion d'écorce d'orange.

21 novembre, dix heures du matin. — Le docteur Montgommery voit notre malade avec nous aujourd'hui. Nous ne trouvons aucun changement depuis hier dans l'affection paralytique, mais la malade est moins bien. Nous l'attribuons à une nuit sans sommeil et à l'action trop vive du mercure sur les entrailles. Le pouls est à 120, faible, mais plus plein et plus régulier qu'il y a deux jours. Le docteur Stokes et le docteur Montgommery ne parviennent pas plus que nous à découvrir la cause pathologique de l'attaque. Nous faisons cesser l'usage des pilules et nous ordonnons une potion composée de chaux et de quelques gouttes de laudanum. Un autre vésicatoire est appliqué à la tête.

22 novembre.— Notre malade paraît mieux ce matin, elle est plus gaie, et son intelligence est plus normale. Elle peut mouvoir la jambe plus facilement, mais la main et le bras sont complétement impuissants. Les entrailles sont plus tranquilles, et elle peut prendre un peu de nourriture. Il nous avait été jusqu'ici à peu près impossible d'examiner les urines, à cause de la difficulté qu'avait la malade à se servir du bassin, et, lorsqu'elle s'en servait, les matières fécales, évacuées en même temps, se mêlaient aux urines. La garde nous assurait qu'elles avaient un aspect ordinaire. Aujourd'hui, nous avons pu nous en procurer une quantité suffisante, que j'ai emportée pour l'analyser. Malheureusement, le bouchon du flacon s'étant échappé, il ne m'en est guère resté qu'une demi-once; cette quantité, bien qu'insuffisante pour une analyse complète, suffisait pour nous montrer la présence d'une grande quantité d'albumine, d'écailles épithéliales, de globules de pus et d'urates d'ammoniaque et de soude. Mes visites étaient devenues inutiles, mais le docteur Duke eut la bonté de me procurer des échantillons des urines rendues dans les nuits des 23, 25 et 26 novembre; mon jeune ami, le docteur Charles Leet, m'a donné les analyses exactes de chacune.

N° 1er. — 23 novembre. — Urine de couleur jaune pâle, odeur *sui generis*, réaction acide. *Pesanteur spécifique*, 1028,500.

Eau	934,850
Matières solides	65,150
Urée	14,591
Acide urique	1,250
Sels fixes	11.166
Albumine	19,225
Ammoniaque, sels et matière extractive	18,918
Sur 1000 parties d'urine	65,150

N° 2. — 24 novembre. — Caractères physiques : les mêmes que la fois précédente ; dépôt moins abondant. *Pesanteur spécifique*, 1024,250.

Eau	943,087
Matières solides	56,913
Urée	18,340
Acide urique	1,200
Sels fixes	9,245
Albumine	10,928
Ammoniaque, sels et matière extractive	17,200
1000 parties d'urine	56,913

N° 3. — 26 novembre. — Coloration jaune plus foncée ; forte réaction acide. *Pesanteur spécifique*, 1014,500.

Eau	969,658
Matériaux solides	30,342
Urée	9,250
Acide urique	1,909
Sels fixes	6,103
Albumine	3,833
Ammoniaque, sels et matière extractive	9,250
1000 parties d'urine	30,342

Le tableau suivant permettra de comparer l'état de ces urines avec celles qui sont rendues à l'état normal. Comme on n'a pas pu s'assurer de la quantité exacte rendue dans les vingt-quatre heures, on a pris comme type normal 30 onces.

QUANTITÉ D'URINE rendue EN VINGT-QUATRE HEURES.	ÉTAT NORMAL — 30 onces.	SPÉCIMEN 1. 30 onces.	SPÉCIMEN 2. 30 onces.	SPÉCIMEN 3. 30 onces.
Pesanteur spécifique	1019	1028	1024	1014
Solides	570	840	720	420
Urée	218	188	228	121
Albumine	»	155	134	39

Ainsi, nous voyons que les matières solides dans le n° 1 et dans le n° 2 sont au-dessus de la moyenne notée dans l'état de santé ; que la quantité d'urée est d'autant au-dessous de la moyenne, excepté dans le n° 2, où elle existe surabondamment; qu'il y a une grande quantité d'albumine, quantité qui va diminuant dans chaque échantillon. On peut raisonnablement présumer que la disproportion de ces parties était plus remarquable encore au début de la maladie, et je ne puis m'empêcher d'exprimer le regret de n'y avoir pas porté toute mon attention.

J'ai dit que je n'avais pas vu la malade après le 22 novembre, mais le docteur Duke me fait savoir que jusqu'au 26 son état continua à s'améliorer lentement. Pendant quelques jours, elle parut moins bien : son intelligence était moins vive, et elle parlait rarement ; elle répondait par un simple mouvement de la tête. Elle continua à pouvoir remuer la jambe, mais non le bras.

26 novembre. — Il n'y avait presque pas de trace d'albumine dans les urines.

30 novembre. — Le docteur Duke me dit que l'état de la malade recommençait à s'améliorer.

12 décembre. — L'amélioration a continué jusqu'à ce jour, lentement il est vrai, mais d'une manière notable. Son intelligence était complétement revenue, ses forces augmentaient, son appétit était meilleur; sauf l'impotence du bras et de la jambe, elle était dans d'excellentes conditions générales.

Pendant la matinée du 25 décembre, elle avait paru très-bien et avait causé gaiement avec sa sœur. A une heure, elle s'assit sur son lit pour prendre un peu de gruau, le mangeant de la main gauche. Au moment où elle finissait de manger, une observation de sœur lui donna un accès de rire, après lequel elle s'écria immédiatement : « Oh, hélas ! oh, hélas ! » retomba sans connaissance et expira presque immédiatement.

Autopsie. — 14 décembre, deux heures de l'après-midi. — L'autopsie est faite par le docteur Duke et par moi. Nous trouvons les marques ordinaires de la gravitation du sang, mais aucun signe de putréfaction. Le corps est en bon état, et nous trouvons une couche de graisse assez épaisse en incisant les téguments abdominaux. La tête fut d'abord examinée ; on ne constata pas de gon-

flement du cuir chevelu. La voûte du crâne enlevée, la dure-mère était dans son état normal ; sous cette membrane, nous ne rencontrâmes qu'une médiocre injection des vaisseaux. Dans une petite portion de l'hémisphère droit, au contraire, l'organe était pâle, exsangue ; il existait une légère suffusion séreuse sous l'arachnoïde. Le fait le plus remarquable était la présence de bulles d'air dans tous les vaisseaux sanguins, qui présentaient par cela même un aspect moniliforme ; on retrouvait la même apparence dans les plus petits vaisseaux. Nous avons suivi avec tout le soin possible tous les vaisseaux visibles à l'œil nu ; mais nous n'avons trouvé nulle part d'obstruction ou d'oblitération. L'encéphale fut enlevé avec les plus grandes précautions ; la partie supérieure de la moelle et ses racines nerveuses nous ont paru saines ; il n'y avait pas de lésion appréciable à la base du crâne. Le pont de Varole et les parties voisines n'étaient le siége d'aucune congestion extérieure ; on n'y rencontrait pas non plus de petits foyers capillaires à la coupe ; la consistance et l'apparence extérieures étaient normales. L'hémisphère droit était parfaitement sain dans toute son épaisseur. A la coupe, nous n'y avons découvert aucune lésion. Dans la partie antérieure de l'hémisphère gauche, à peu près au niveau de la terminaison du ventricule latéral, nous avons trouvé la substance blanche, et, dans une étendue moindre, la substance grise, réduites à la consistance d'une pulpe molle analogue à de la bouillie. Le tissu était complétement désorganisé dans une étendue d'un pouce et demi sur un demi-pouce. La coloration était très-peu modifiée ; elle n'était certainement pas plus rouge qu'à l'état normal. En arrière de cette lésion, le tissu cérébral paraissait tout à fait normal ; il n'y avait ni dureté ni vascularisation plus marquées ; rien, en un mot, qui pût indiquer une transition entre la partie malade et la partie saine.

En outre, dans le lobe postérieur, il y avait un point analogue à celui qui vient d'être décrit, mais beaucoup moins étendu. Nous avons remarqué que les points sanglants qu'on aperçoit d'ordinaire à la coupe de la substance cérébrale étaient peut-être moins nombreux que de coutume. Le docteur Lyons a examiné un fragment de substance ramollie, il n'y a trouvé absolument que des corpuscules d'exsudation avec des débris de fibres cérébrales ; il n'y avait ni infiltration séreuse ni infiltration purulente. On ne trouva aucune autre lésion dans aucun point de l'encéphale ; il ne s'était pas écoulé la valeur d'une once de sérosité. Les poumons étaient parfaitement sains ; il n'existait pas d'adhérences dans le thorax. Le cœur était normal, ses parois étaient d'épaisseur ordinaire ; les cavités étaient à leur état physiologique et vides, les valvules étaient saines, souples et remplissaient très-exactement leur but.

A l'ouverture de l'abdomen, aucune trace de péritonite, tous les organes étaient sains. Dans une portion de l'intestin grêle, nous rencontrâmes quelques taches d'un brun rougeâtre, et la muqueuse ramollie et pulpeuse. Cette même coloration brun rougeâtre s'étendait aux organes pelviens. L'utérus était presque revenu à son volume ordinaire (cinq semaines après l'accouchement). Ses parois paraissaient exemptes de toute lésion, elles étaient d'épaisseur normale ; le col offrait une coloration plus foncée, il était encore manifestement congestionné ; la cavité du col contenait une matière gélatineuse épaisse, brunâtre, dont une partie s'était écoulée par le lit, il n'y avait pas d'odeur fétide. Les ovaires étaient petits et sains, mais les ligaments larges et les trom-

pes étaient fortement congestionnés. Dans les replis du ligament large existait un kyste du volume d'un grain de raisin. Le tissu des reins était dense; l'un de ces organes était plus volumineux que l'autre, à la coupe ils étaient très-congestionnés, et des tubes divisés on voyait s'échapper du pus; les autres viscères étaient à l'état normal.

Je veux maintenant donner un sommaire des cas précédents, et j'y ajouterai quelques remarques personnelles.

Je sais, sans doute, que le nombre des observations n'est pas suffisant pour qu'on en puisse tirer des conclusions rigoureuses; cependant, jusqu'à un certain point, les résultats valent la peine d'être notés.

Sur les 35 faits qui font le sujet de ces observations, 25 fois l'accès a eu lieu pendant la grossesse, 12 fois pendant ou après le travail.

Dans 24 cas où le fait a été noté, je trouve que 10 fois c'était à une première grossesse, 1 fois à une deuxième, 4 fois à une troisième, 2 fois à une quatrième, 3 fois à une cinquième, 2 fois à une sixième, 1 fois à une treizième grossesse, et enfin une fois il est dit que la femme avait eu plusieurs enfants sans que le nombre en soit spécifié.

Sur 35 cas, il y eut 18 fois une hémiplégie complète et une incomplète, 2 fois de la paraplégie, 2 fois une seule jambe avait été paralysée, 6 fois il y eut de la paralysie faciale, 5 fois de l'amaurose, 3 fois de la surdité; mais il faut dire que dans plusieurs circonstances ces paralysies partielles coïncidaient avec l'hémiplégie. Dans 15 cas d'hémiplégie où le côté affecté est mentionné, je trouve 11 fois le côté droit, 4 fois le côté gauche. Sur les 35 malades, 4 ont succombé.

Il pourra être utile d'étudier encore de plus près ces observations, et dans ce but je crois bon de les diviser en deux catégories, celles où la paralysie s'est produite pendant la grossesse et celles où l'affection s'est déclarée pendant ou après le travail. Sur les 23 cas de paralysie développée pendant la grossesse, 13 fois nous rencontrons la forme hémiplégique, 1 fois la forme paraplégique. Quatre observations se rapportent à des faits de paralysie faciale : 2 fois à de l'amaurose et 2 fois à de l'acousie. Il n'y a aucune régularité quant à l'époque de la grossesse à laquelle ces phénomènes se sont produits. Disons cependant que sur 14 cas où le moment est indiqué, 1 fois ce fut au deuxième mois, 1 fois du troisième au quatrième mois, 1 fois au cinquième mois, 1 fois du sixième au septième, 2 fois au huitième et 4 fois au neuvième mois; d'où l'on pourrait, avec quelque apparence de raison, conclure que c'est dans les derniers mois de la grossesse que les femmes sont plus exposées à ces accidents.

Sur 20 cas, 12 paraissent avoir été guéris avant la délivrance ou par le fait même de l'accouchement : 8 fois la maladie a persisté un temps plus ou moins long après l'accouchement. Sur 21 femmes, une seule mourut, et dans ce cas la mort paraît bien plutôt due à la lésion centrale, qui était antérieure à la conception, qu'aux progrès mêmes de la paralysie

pendant la grossesse. Aussi je crois que ce cas ne doit en rien augmenter la gravité du pronostic dans ces attaques de paralysie pendant la gestation. 3 fois seulement la paralysie fut précédée par des convulsions. Le plus souvent il nous a semblé qu'il n'y avait pas eu de symptômes précurseurs, peu ou point de céphalalgie ; en un mot, rien qui ait pu donner la moindre crainte jusqu'à l'apparition de la paralysie. Les symptômes, en pareil cas, ne diffèrent pas de ceux que présentent les diverses formes de paralysie en dehors de l'état de grossesse. La motilité était complétement abolie ou seulement affaiblie. Dans certains cas, la sensibilité était exagérée, pervertie ou diminuée ; dans d'autres, le silence de l'observateur à cet égard me fait croire que la sensibité n'était que peu ou point modifiée du tout. Dans toutes les observations, nous voyons que l'intelligence était conservée. Une particularité fort intéressante, dans un certain nombre de ces observations, et sur laquelle je reviendrai, est la présence de l'albumine dans l'urine toutes les fois que ce produit d'excrétion a été examiné avec soin.

La seconde catégorie, qui renferme douze observations, a trait à la production des phénomènes paralytiques pendant ou après le travail de l'accouchement.

Il est digne de remarque que dans trois cas seulement (obs. XXIV, XXV et XXVI), la paralysie s'est produite pendant le travail, et que dans deux la paralysie fut précédée par des convulsions. Dans tous les autres cas, la paralysie n'a pas immédiatement suivi le travail, mais quelquefois après un laps de temps considérable. Par exemple, dans l'observation XXIV, la paralysie apparut le lendemain de l'accouchement ; dans l'observation XXVIII, ce fut deux jours après; dans l'observation XXXIII, trois jours après; dans l'observation XXXV, sept jours après; dans les observations XXVII, XXX, XXXII, huit jours après; dans l'observation XXXI, dix jours; dans l'observation XXXIV, un mois après la délivrance.

De ces douze cas, cinq furent des cas d'hémiplégie complète; dans un seul, un des bras seulement fut atteint. Un cas fut un exemple de paraplégie complète; une fois la jambe droite seule et une fois la jambe gauche seule furent prises; deux fois il y eut de l'amaurose, une fois de la paralysie faciale ; trois fois seulement, dans les cas d'hémiplégie, la face participa à la maladie.

Dans l'observation très-remarquable de Ley, la paralysie du mouvement d'un côté était accompagnée de la perte de la sensibilité du côté opposé. Dans quelques-unes de ces observations, la sensibilité était diminuée, dans d'autres elle était intacte; mais dans aucun cas elle ne fut exagérée.

Les symptômes de la maladie n'offraient rien de spécial. Le plus souvent elle éclatait sans signes précurseurs , sans cause appréciable. Deux fois, les convulsions laissèrent après elle de l'amaurose ; mais, dans

l'observation de Forrest, la paralysie avait précédé les convulsions, pendant lesquelles les membres paralysés eux-mêmes étaient agités de mouvements convulsifs. La durée de l'affection variait beaucoup. La paralysie, le plus souvent, s'amendait graduellement. Ainsi, dans l'observation XXV, la guérison eut lieu après quelques jours. Dans l'observation XXIV, après six semaines. La malade de l'observation XXXII recouvra l'usage de son bras après quinze jours, mais la vision resta incomplète pendant plusieurs mois. La malade de l'observation XXXVI se rétablit en un mois. Dans les observations XXIX et XXX, la guérison n'eut lieu qu'après deux mois. La malade du n° XXVIII recouvra la faculté de marcher en deux mois, mais elle fut prise d'une affection qui eut une terminaison fatale. La malade du n° XXVII quitta l'hôpital sans être améliorée. Trois fois la mort eut lieu. Dans l'observation XXXIII, le quatorzième jour; dans l'observation XXXVI, le vingt-quatrième jour après l'invasion de la paralysie. Ley n'indique pas le jour où sa malade est morte.

§ II. — Causes.

J'ai déjà signalé ce fait que le plus souvent l'attaque survient sans phénomènes précurseurs et sans cause apparente.

Il doit y avoir quelque cause, mais il est plus facile de dire ce qu'elle n'est pas que de dire ce qu'elle est. Par exemple, dans aucune de ces observations, si ce n'est dans une, la maladie ne paraît s'être développée sous l'influence d'une cause externe : froid, violence extérieure, etc., ou sous l'influeuce de dépression morale. Dans un très-petit nombre de cas, si toutefois le fait peut être avéré, il y eut probablement de la congestion cérébrale ou une lésion d'un autre organe. On a prétendu que la paralysie pouvait être une terminaison des convulsions, comme cela s'est vu dans quelques-unes de ces observations; mais, si c'était la règle, on verrait plus souvent la paralysie succéder aux convulsions.

Parmi tous les cas que j'ai cités, le plus grand nombre n'a pas été accompagné de convulsions, et, d'un autre côté, parmi toutes les observations de convulsions rapportées par Collins, Mac Clintock et Hardy, on n'en trouve pas une seule qui se soit terminée par la paralysie. Nous devons donc rapporter les convulsions et la paralysie, soit à une même cause, soit à des causes d'ordre différent. Je ne doute pas, comme le fait remarquer Romberg, que dans beaucoup de cas, et surtout dans ceux qui compliquent la grossesse, la paralysie ne soit due à quelque action réflexe ayant son origine dans un organe malade même éloigné. Le système nerveux ne serait que l'agent de transmission sans qu'il y ait de lésion des centres. En pareil cas, la cause occasionnelle pourrait très-bien résider dans un état morbide des organes ou peut-être seulement dans un état d'excitation passagère telle que celle produite par la gros-

sesse. Il est possible que certaines paralysies survenant pendant la gestation ne soient que des exemples de paralysie hystérique analogues aux faits décrits par Laycock et Romberg, mais il n'est pas toujours aisé de les distinguer.

L'obstruction des artères a été signalée comme fait assez commun pendant l'état puerpéral par Simpson (1). L'artérite peut, ainsi que l'embolie, produire ce phénomène et déterminer un certain degré de paralysie; mais, comme généralement la mort du membre, et enfin de la malade, est la conséquence d'un pareil accident, il faut éloigner cet ordre de cause chez les malades dont j'ai cité l'observation.

On peut supposer que les efforts faits pendant le travail peuvent donner lieu à une forte congestion de la face et de la tête, et par suite de l'encéphale, celle-ci déterminerait les phénomènes paralytiques, mais cette hypothèse n'est pas appuyée par les faits; car, mettant de côté les cas de convulsions, une seule fois la paralysie s'est produite au moment du travail. Dans toutes les autres observations elle est survenue, soit avant, soit après le travail, au moment où cette action directe a complétement cessé. Dans certains cas même, nous voyons même la paralysie se montrer à un moment si éloigné des efforts de l'accouchement que nous ne pouvons invoquer ceux-ci comme une cause même indirecte des phénomènes paralytiques. Comme nous l'avons vu, on a attribué la paraplégie à un travail pénible et prolongé et à la pression continue exercée sur les nerfs et sur les muscles pelviens. A première vue cette explication paraît judicieuse et presque indiscutable; cependant, en ce qui concerne nos observations, il ne peut guère en être ainsi, puisqu'à l'exception d'un seul cas où la malade fut accouchée avec le forceps, tous les autres accouchements furent naturels, faciles, de courte durée, et de plus, le moment où les accidents paraplégiques se manifestèrent était si éloigné de l'accouchement qu'il est impossible de les attribuer aux fatigues du travail. D'un autre côté, si nous nous rappelons le nombre d'accouchements laborieux où il faut avoir recours à des opérations qui ne sont pas accompagnées de ces complications, il nous faut renoncer à mettre au nombre des causes de ces accidents les accouchements de ce genre. — Aucun exemple, à l'exception de ceux que j'ai cités, n'en est rapporté ni par Collins, Mac Clintock et Hardy, ni dans aucun des mémoires des hôpitaux anglais ou étrangers. Deux fois les attaques ont paru liées à l'anémie consécutive à une hémorrhagie, soit qu'elles aient été la conséquence directe du défaut dans la quantité du liquide sanguin, soit qu'indirectement le système nerveux, rendu plus impressionnable, ait été, sous cette influence, plus accessible aux causes excitantes. Dans un autre cas, la paraplégie parut être causée par le froid, mais dans la majorité des cas, comme je l'ai déjà remarqué, il n'y avait

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, février 1854.

ni pléthore, ni anémie, ni influence atmosphérique, ni violence extérieure, ni dépression morale, ni influence d'âge, ni impression vive. En un mot, il n'existait aucune cause appréciable. Malheureusement pour la science, il y a très-peu de descriptions d'autopsies qui nous permettraient d'émettre des opinions un peu certaines sur la nature de la maladie. — Dans les attaques légères ou partielles la malade ne meurt pas, et dans les cas très-graves suivis de mort, il est presque toujours impossible d'obtenir la permission de faire l'autopsie. Sur les quatre cas qui se terminèrent fatalement, deux seulement furent suivis de l'examen cadavérique. Dans ces cas-là, et je ne mets pas en doute qu'il en fût de même dans les deux autres, il existait une maladie du cerveau ou de ses membranes. — Dans l'observation de Ley, il dit : « Qu'on ne pouvait découvrir aucune désorganition positive du cerveau. — Les ventricules cependant contenaient une quantité anormale de sérum. — Et les membranes, spécialement dans les parties répondant au siége de la douleur, semblaient épaissies et plus vascularisées, et avaient des adhérences assez fermes dans certains endroits; et dans d'autres cas un dépôt gélatineux, transparent et incolore, était interposé entre les membranes. » En un mot, il semble avoir existé une attaque partielle de méningite. Le contraste entre la série de symptômes auxquels elle a donné lieu, et l'absence complète de symptômes, à l'exception de la paralysie dans l'observation de Duke est très-frappante, si nous nous rappelons la grande désorganisation que nous avons trouvée dans ce cas. — Dans ces deux circonstances, nous pouvons indubitablement attribuer la paralysie et la mort elle-même à l'état morbide du cerveau et des membranes; mais à quoi devons-nous attribuer les cas plus nombreux et plus légers? Ne pourrait-on pas les classer parmi ceux que Abercrombie considère « comme provenant d'une cause temporaire et capable d'être entièrement et complétement éloignée? »

Quelle est la cause temporaire qui peut produire un si grave désordre sans mettre pour ainsi dire la vie en danger? serait-ce celle à laquelle Latham fait allusion, et qu'on observe, « dans ces convulsions et apoplexies qui apparaissent et disparaissent, et où ce qui attire principalement notre attention est la présence de l'albumine dans les urines? En tout cas, elle mérite notre attention. — On ne peut mettre en doute la coïncidence de l'albumine dans les urines avec certaines affections nerveuses qui accompagnent la grossesse et l'accouchement. Lever et Simpson ont reconnu la présence de l'albumine dans des cas de convulsions survenues, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement. Le premier écrit : « J'ai examiné l'urine dans tous les cas de convulsions puerpérales que j'ai rencontrés, soit dans le service d'accouchement de Guy's Hospital, soit dans ma clientèle; et dans tous les cas, à l'exception d'un seul, les urines étaient albumineuses au moment des convulsions. » J'ai plus tard examiné les urines de cinquante femmes, telles

que je me les étais procurées au moyen du cathéter pendant le travail, ayant soin qu'aucune des sécrétions du vagin n'y fût mêlée. Je n'ai trouvé d'albumine que dans celles provenant de femmes qui avaient des convulsions, ou qui présentent les symptômes généralement reconnus comme précurseurs de convulsions puerpérales. Les observations de Simpson, à la même époque, et celles plus récentes de Sabatier, Legroux, Richelot et autres, ont confirmé les conclusions de Lever, en ce qui concerne la présence de l'albumine dans les cas de convulsions puerpérales. Ce fait ne peut donc être mis en doute, bien que quelquefois nous rencontrions des cas de convulsions sans urine albumineuse et des urines albumineuses sans convulsions (1). Comme la paralysie coïncide parfois avec les convulsions, si même elle n'en est une conséquence, on peut naturellement s'attendre à trouver de l'albumine dans les urines des malades ainsi atteintes; et nous trouvons qu'il en a été ainsi chez une malade de Lever, et aussi dans quelques autres cas.

Mais nous pouvons faire un pas de plus, et établir que l'albuminurie a été constatée dans des cas où la paralysie n'avait été précédée d'aucune convulsion. Lever dit que, dans tous les cas qu'il a examinés, il n'a jamais manqué de trouver de l'albumine. La grande expérience de Simpson l'a amené à partager cette opinion, comme le prouvent les citations que j'ai faites et les observations qu'il m'a procurées. La même chose fut observée dans le cas de Duke, cas où la paralysie suivit l'accouchement, et dans lequel il y a tout lieu de croire que l'albumine avait notablement diminué quand les urines furent examinées. Il est très-probable qu'on en aurait trouvé dans bien d'autres cas, si les recherches avaient été faites. Ainsi, nous trouvons que l'albuminurie peut être considérée comme un symptôme des convulsions puerpérales, soit qu'elles se terminent ou non en paralysie, elle existe aussi dans la paralysie des femmes enceintes ou en couches, soit que la paralysie soit complète ou partielle, soit qu'elle soit locale ou générale; si les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse émettre des conclusions positives, c'est, je crois, parce que notre attention n'a pas été suffisamment portée sur ce sujet. De plus, quand nous voyons, comme le démontre Lever, qu'à me-

(1) Il peut y avoir de l'intérêt à ajouter ici les conclusions de Seyfert sur ce sujet : 1° l'albuminurie n'est pas la conséquence inévitable d'une grossesse normale ; 2° la théorie qui attribue l'albuminurie à la pression de l'utérus développé sur les vaisseaux rénaux est inadmissible; 3° quand l'anasarque provenant de la maladie de Bright survient pendant la grossesse, la malade a rarement des attaques d'éclampsie ; 4° l'albuminurie, dans les cas d'éclampsie, est produite par les troubles des fonctions occasionnés dans la respiration et dans la circulation par l'attaque; 5° dans ces cas, l'albuminurie disparaît avec l'attaque; 6° il n'y a pas dans toutes les attaques d'éclampsie de l'albuminurie; 7° on trouve une grande quantité d'albumine dans l'urine des épileptiques, *immédiatement après l'attaque*, mais pas inévitablement après chacune des attaques, ou dans tous les cas de la maladie ; 8° s'il n'y a pas de maladie de Bright, cette albuminurie des épileptiques cesse bientôt après les convulsions, et ne revient qu'après une nouvelle attaque.

sure que l'albumine diminue, la paralysie s'atténue, il nous est impossible de mettre en doute qu'il y a entre elles une importante connexion. Quelle est donc la signification pathologique de l'albuminurie? Nous pouvons considérer comme établi que, bien qu'elle existe dans la maladie de Bright, *seule, elle n'est pas la preuve que cette maladie existe.* Mais, dans l'état actuel de la science, il est très-difficile, peut-être impossible, de poser une conclusion décisive sur cette matière.

Il est facile de concevoir qu'un élément anormal, nuisible, morbide, peut être produit de trois manières dans les urines : 1° par une simple élimination hors du sang dans lequel il existait; 2° par le résultat de l'action morbide des reins, excitée par la présence d'un principe nuisible dans le sang, ou par l'état morbide de l'organe ; 3° par une nouvelle composition, résultat d'une action chimico-pathologique, qu'on peut ou non s'expliquer. L'albumine ne peut pas être placée dans cette catégorie, comme elle n'est pas un principe nouveau, mais qu'elle existe déjà dans le sang, on ne peut davantage la mettre dans la première catégorie; car, bien qu'elle puisse être éliminée du sang où elle existe par les urines, ce ne pourrait être comme élément nuisible, et cette élimination ne pourrait expliquer l'état des reins et les symptômes concomitants. D'après cela, il paraîtrait que la sécrétion de l'albumine doit être due à une action anormale des reins, produite par un élément morbide qu'ils s'efforcent de séparer du sang. — Ceci semble être l'opinion de Johnson, de Londres, qui, en décrivant la néphrite desquamative aiguë dans laquelle l'albumine est si largement sécrétée, fait observer : « Que toutes les altérations de structure débutent dans les cellules sécrétoires de la glande, et sont le résultat de l'effort fait par la cellule pour éliminer du sang quelque principe anormal, quelques produits qui n'entrent pas ordinairement dans la composition de la sécrétion rénale. » Cette manière de voir est confirmée, plus tard, par l'examen des reins dans l'albuminurie.

Handfield Jones en a décrit trois variétés : « 1° l'engorgement tel qu'on le rencontre chez les sujets qui meurent au début d'une anasarque aiguë, ou chez ceux qui succombent à l'hydroposie qui complique la scarlatine. L'organe est désorganisé, mais, sous le microscope, les tubes contiennent des coagulations de fibrine exsudée renfermant des globules sanguins et des cellules épithéliales; 2° le rein est hypertrophié, lourd, pâle et comme marbré. Dans cette variété, il n'y a pas hypérémie, tout au contraire, à la coupe on ne trouve pas l'état normal, il semble qu'il y ait des éléments nouveaux ajoutés au tissu sain dont l'apparence paraît modifiée. Les tubes sont remplis de débris épithéliaux, mais jamais ils ne sont complétement oblitérés, quoiqu'ils soient irrégulièrement dilatés, etc.; 3° quant à la troisième variété, elle est constituée par cet état si connu d'atrophie, de granulation du rein (1). »

(1) Handfield Jones, *Medic. Times and Gazette.*

Si nous considérons l'existence passagère de l'albuminurie dans les cas de paralysie, nous ne pouvons pas douter qu'en pareil cas nous n'ayons affaire à la première variété que nous venons de signaler, ou à un état de congestion excessive. Cette opinion est confirmée par notre obs. XXXV, où il existait une vive congestion des reins. J'avoue, de plus, que je ne puis m'empêcher de partager l'avis de G. Johnson, et d'autres qui pensent que cet état congestif est déterminé surtout par les efforts que fait la nature pour éliminer du sang, des matériaux nuisibles, et cette opinion me paraît plus acceptable que celle des auteurs qui l'attribuent à la compression des vaisseaux rénaux par l'utérus gravide. Seyfert, comme nous l'avons vu repousse cette explication mécanique, et paraît attribuer l'albuminurie à l'éclampsie dont les premiers effets seraient d'entraver les fonctions circulatoires. Mais si la première théorie est vraie, quel est l'élément morbide à éliminer? Quelle en est la nature? quelle en est la puissance? La solution de ce problème me paraît très-difficile.

Simpson suppose que ce doit être de l'urée en excès, ou bien une modification qualitative ou quantitative de caséine contenue dans le sang. Les observations de Georges Johnson semblent prouver que dans ces cas, où au nombre des altérations du sang on compte la diminution de l'albumine, il y a toujours de l'urée en excès.

Alors on peut se demander à quoi on doit attribuer les effets produits sur le système nerveux? On concevra qu'ils peuvent être produits : soit par la présence continue du principe nuisible dans le sang; 2° soit par le défaut dans l'équilibre des éléments constituant du sang; 3° soit par l'altération morbide du rein. Et cependant il me paraît, malgré tout, difficile de juger la question.

§ III. — Traitement.

Quelle que soit la conclusion à laquelle on s'arrête, je suis sûr que chacun partagera mon avis, c'est-à-dire que dans la production de ces affections paralytiques, les reins jouent un des rôles les plus importants, et que le sujet est digne des plus sérieuses investigations. En effet, nous constatons dans des cas de convulsions terminés par la paralysie que nous pouvons trouver de l'albuminurie. Dans des faits de paralysie survenue avant l'accouchement sans convulsions, nous pouvons rencontrer l'albuminurie. Dans les observations de paralysie se produisant après l'accouchement, nous pouvons noter l'albuminurie. Enfin, dans les cas les plus légers, on voit les convulsions et la paralysie diminuer avec la sécrétion albumineuse. Que la paralysie soit causée par un état spécial des reins, ou que la congestion rénale et la paralysie soient toutes deux produites par un élément morbide circulant dans le sang, il est évident qu'un nouvel élément doit être ajouté à ceux qui jusqu'à présent ont été considérés comme produisant la paralysie, ces faits ne sont pas du do-

maine de la théorie stérile; mais s'ils sont vrais, ils doivent avoir une influence importante sur la pratique, en ce que notre attention ne s'attachera pas, en pareil cas, aux affections secondaires du système nerveux, mais se dirigera spécialement sur la lésion rénale, et nous serons encouragés dans cette voie par ce fait d'observation que la diminution de l'albumine dans les urines est suivie de l'amendement et de la guérison de la paralysie. Dans ces cas, les émissions sanguines, par la veine quand l'économie peut les supporter, ou par les sangsues ou les ventouses, les vésicatoires, les purgatifs et les mercuriaux, sont les moyens le plus utilement employés. L'application en sera nécessairement modifiée suivant l'état général de la malade, suivant les conditions dans lesquelles l'accès est survenu et suivant la durée de la maladie.

Quand il y aura eu pendant le travail une perte considérable de sang, il faudra laisser de côté les émissions sanguines, et se borner à faire de la dérivation; peut-être alors une série de petits vésicatoires appliqués à la nuque, le long de la colonne vertébrale, ou du membre paralysé, seront-ils d'un usage plus rationnel. Les forces de la malade seront soutenues par une alimentation appropriée. Il pourra être nécessaire d'avoir recours à des stimulants comme l'ammoniaque ou le camphre. Si la paralysie demeure chonique, on se trouvera bien de l'usage de la strychnine ou de l'électricité, et je crois que Stokes s'est très-bien trouvé de l'acupuncture galvanique dans la paralysie faciale. Il ne faudra jamais traiter les désordres rénaux par les diurétiques, mais bien par les irritants appliqués à l'extérieur, comme les sinapismes, les liniments irritants, et par les diaphorétiques, comme le conseille Osborne (1), et enfin si l'affection est de date très-ancienne, par l'acide gallique, le fer, etc.

CHAPITRE IV

OBSTRUCTIONS ARTÉRIELLES DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

Intimement liées au sujet traité dans le précédent chapitre, les obstructions artérielles pendant l'état puerpéral constituent cependant une affection beaucoup plus rare. Richard et Kirkes avaient déjà signalé les effets causés par des végétations lancées dans le torrent artériel et oblitérant un de ces vaisseaux, Simpson (2) le premier a colligé un certain nombre de faits et en a tenté le classement. Il publia une observation, et à celle-ci il en ajouta quatre autres empruntées à divers auteurs. Je citerai ces dernières, qui donneront au lecteur la meilleure description de la maladie.

(1) Osborn, *On the nature and treatmend of Dropsies*, etc., 1837.

(2) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*, trad. par le Dr Chantreuil. Paris, 1874, partie V.

Observation I. — Une dame, âgée de vingt-huit ans, accoucha au septième mois de sa grossesse. Pendant trois semaines son état paraissait des plus satisfaisants, quand tout à coup elle fut prise de fièvre ; en même temps se développa sur la peau une éruption miliaire, et la malade se plaignit de diarrhée et de douleurs dans le ventre.

Les lochies furent sanglantes pendant plusieurs jours. Le pouls battait 120 fois par minute ; il était intermittent. La malade accusait des douleurs névralgiques dans la jambe droite. Plus tard ces douleurs passèrent dans la jambe gauche et devinrent permanentes et intenses. Sept semaines après l'accouchement, une douleur subite se montra dans l'aine au niveau des vaisseaux, et fut soulagée par une application de sangsues. Un bruit systolique fut constaté dans la région précordiale vers le côté gauche. Tout à coup on ne sentit plus les battements de l'artère jusqu'au niveau du coude ; mais il ne survint aucune douleur au point où siégeait l'occlusion artérielle. En très-peu de temps, excepté au bras gauche, le pouls cessa complétement d'être perçu aux extrémités ; quelques jours avant la mort, cependant, on le sentit revenir. La gangrène se manifesta dans la jambe gauche dix jours après l'accouchement.

A l'autopsie on trouva les cavités gauches du cœur remplies de caillots foncés. On constata sur les valvules aortiques une excroissance volumineuse et molle. Elle se composait de trois parties ; la plus volumineuse était située sur la valvule droite et par son état de mollesse semblait indiquer sa formation récente ; à l'orifice auriculo-ventriculaire, on trouvait quelques vestiges de végétations.

L'aorte, à sa bifurcation, était oblitérée par un caillot conique, dense, non adhérent aux parois artérielles, s'étendant à une distance d'environ deux pouces dans les vaisseaux iliaques, et contenant dans son épaisseur des débris qui, physiquement et histologiquement, offraient tous les caractères des excroissances valvulaires. Dans les deux extrémités, les vaisseaux étaient oblitérés par des caillots semblables. Il y avait une obstruction dans l'artère du bras droit ; à ce niveau les vaisseaux étaient très-épaissis et contenaient du pus.

Une autre observation a été publiée par Macfarlane (de Glasgow) :

Observation II. — L'oblitération se produisit dix jours après un cinquième accouchement. Il se manifesta de la douleur et de l'engourdissement qui se continuèrent dans le bras droit jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu trois semaines plus tard. On ne sentait plus de pulsations au-dessous du coude ; on pouvait encore en percevoir dans la cuisse droite. La gangrène survint quatre ou cinq jours après : à l'autopsie on trouva les valvules aortiques incrustées de végétations. L'aorte était athéromateuse, et des caillots denses, fibrineux, renfermant un noyau analogue aux excroissances valvulaires, furent trouvés au milieu des artères brachiales et iliaques.

Lever, de Guy's Hospital, a communiqué à Simpson une autre observation.

Observation III. — La gangrène du bras et de la jambe du côté droit succéda à un rhumatisme aigu pendant la grossesse. Dans le bras et la jambe la douleur

fut excessive; des végétations existaient sur les valvules cardiaques, et on en retrouva des débris dans les artères des deux extrémités. Les veines contenaient également des dépôts fibrineux.

Un cas a été observé par Burrowes (de Saint-Barthélemy) :

Observation IV. — Il survint une hémiplégie au moment où la patiente se rétablissait d'accidents dus à un allaitement trop prolongé. On pouvait entendre un bruit systolique, râpeux et intense.

La malade succomba à un ramollissement du cerveau : l'examen nécroscopique révéla l'existence de végétations sur les valvules mitrales et aortiques. Le corps strié du côté gauche était réduit à l'état de bouillie. L'artère cérébrale moyenne était oblitérée par une végétation offrant le volume d'un grain de blé. Les artères des membres ne furent pas examinées. — Ce dernier cas est semblable à ceux qu'a publiés le docteur Kirkes, dans lesquels une végétation passa dans la carotide et oblitéra les vaisseaux du cerveau, surtout l'artère cérébrale moyenne : il en résulta un ramollissement.

§ I. — Causes.

Simpson assigne à la production de cette maladie après l'accouchement les causes suivantes : 1° le départ de végétations organisées des valvules aortiques; 2° l'expulsion de caillots nouvellement formés dans le cœur et lancés dans la circulation; 3° la production d'une artérite; 4° certaines conditions morbides du sang, ou la présence dans la circulation de certains matériaux étrangers ; 5° dans un cas, on a constaté la déchirure de la tunique interne du cœur.

A l'appui de ces propositions je dois demander la permission de faire beaucoup d'emprunts au mémoire de Simpson.

1° Dans les cinq cas précédents, la cause était apparemment la même, c'est-à-dire la première de celles qui viennent d'être signalées, et cela pour les raisons suivantes : d'abord, parce que dans tous les cas les valvules aortiques étaient couvertes de végétations, ensuite parce qu'un ou plusieurs corps libres, ressemblant de tous points à ces végétatiens, ont été trouvés dans les caillots obturateurs. Troisièmement, enfin, la soudaineté de l'obstruction artérielle montra plus tard la nature de la cause oblitérante. D'autres circonstances semblèrent prouver que cette cause était la véritable. Dans trois observations, il y eut de l'endocardite avant ou pendant la grossesse, comme l'a indiqué Lever, tandis que, dans le fait de Moir, l'exsudation lymphatique qu'on trouva sur les valvules paraissait d'origine plus récente, et semblait le résultat d'endocardite puerpérale. En outre, il est bien avéré que ces excroissances peuvent être détachées de leur point d'implantation. On peut citer comme offrant quelque analogie avec ce fait la séparation qui se fait des corps étrangers articulaires, des corps polypoïdes qui se développent sur le péritoine et sur la plèvre. Dans le cœur, ces végétations sont bien plus sujettes à se déplacer : 1° à cause de la laxité de leurs attaches; 2° à cause du mouvement constant

des parties qui en sont le siége; 3° à cause de la force des liquides qui tendent sans cesse à les entraîner. Lorsqu'elles sont détachées, elles sont précipitées dans la circulation jusqu'à ce qu'elles soient arrêtées par les vaisseaux de leur calibre. Si la masse est volumineuse, elle sera arrêtée à la bifurcation de l'aorte. Si elle est plus petite, elle peut s'engager dans l'une des ramifications aortiques. dans la carotide gauche, par exemple, quoique la raison donnée par Ruhl, que ce vaisseau est plus qu'aucun autre dans la direction du courant sanguin, ne me paraisse pas satisfaisante. Quand la végétation est arrêtée, il se forme autour d'elle très-rapidement de nouveaux caillots, et, secondairement, il peut survenir une inflammation de la tunique interne des vaisseaux. Dans la seconde observation, l'oblitération finit par atteindre la veine fémorale, enfin, la masse peut se désagréger et se rompre.

2° La seconde cause se rattache à des matières morbides provenant du cœur lui-même; par exemple, les corps polypoïdes globulaires, s'ils sont de petite dimension, peuvent passer dans la circulation; et, bien qu'ils ne soient pas complétement séparés, ils peuvent causer de l'obstruction. La surface rugueuse du cœur et des valvules dans l'endocardite peut arrêter et agréger la fibrine du sang, et former des corps polypoïdes qui, en se détachant, produisent les mêmes résultats. Les expériences par lesquelles des corps étrangers, tels qu'aiguilles, épingles, furent placés dans les ventricules, corroborent cette assertion. — Cruveilhier rapporte un cas de gangrène d'une extrémité à la suite d'un accident par lequel une aiguille avait été introduite dans le ventricule gauche, et avait constitué un noyau autour duquel se formèrent des agrégations de fibrine du sang; celles-ci en se séparant furent projetées dans les vaisseaux. — Un cas d'endocardite qui vient appuyer la question est rapporté par Legroux. — Il y a un cas rapporté par Macfarlane, dans lequel il n'y avait point de végétations, mais où des caillots sans noyau dur étaient causes de l'obstruction. La malade avait eu une fièvre rhumatismale, et mourut plus tard d'une hydropisie générale.

3° Le docteur S... nous a donné un exemple de la troisième cause, c'est-à-dire l'inflammation locale d'une artère, dans un cas que rencontra Duncan lorsqu'il était chirurgien de l'infirmerie royale. — Une gangrène aiguë des deux extrémités survint environ quatre semaines après l'accouchement, et la malade mourut bientôt après. — On ne trouva pas de maladie du cœur; mais une concrétion fibrineuse adhérente oblitérait l'aorte un peu au-dessus de la bifurcation, et s'étendait dans les artères iliaques. — C'était une véritable artérite. L'aorte était épaissie, et une couche de lymphe coagulée recouvrait la partie supérieure du caillot. Un cas analogue de gangrène puerpérale a été publié par Cowan.

4° La quatrième cause d'obstruction artérielle était constituée par certains états morbides du sang, ou par la présence de matériaux morbides dans la circulation. Dans la phlébite puerpérale, il peut y avoir des gouttes

de pus ou des portions de fibrine entraînées dans le torrent circulatoire; celles-ci passent des veines utérines dans les cavités droites du cœur, et forment des dépôts dans les poumons ou dans le foie. Maintenant, on sent que le pus ou la fibrine peut servir de noyau à des coagulations nouvelles, et ces matériaux dans les artères pulmonaires ou dans les autres artères sont des masses oblitérantes. Deux cas d'oblitération puerpérale des artères pulmonaires et dépendant de cette cause sont cités d'après Cruveilhier, et certaines apparences morbides du foie, de la rate, parurent explicables par la même cause.

5° Enfin, nous pouvons avoir une oblitération artérielle puerpérale par suite de la dilacération de la tunique interne des artères, comme l'a très-bien décrit Turner. S... rapporte un cas très-intéressant dont on a attribué la production à la cause dont nous parlons. Cette observation est empruntée à Oke (de Southampton) en 1831.

Observation V. — La patiente avait vingt-quatre ans et avait avorté. Il s'en suivit une hémorrhagie accompagnée de douleurs utérines; un violent mal de tête et un affaiblissement notable de la vue furent les premiers symptômes. Le bras gauche devint froid; on n'y sentait plus le pouls, et la gangrène survint; celle-ci était, il vrai, limitée aux téguments du pouce et à une partie de la main. Il n'y eut pas de gêne dans la respiration, et la malade recouvra la santé. Après informations, l'auteur apprit que les pulsations artérielles étaient revenues. La malade vivait encore et ne présentait aucun symptôme morbide du côté du cœur.

On trouve encore la description d'autres cas d'oblitération se terminant par la gangrène.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes, on le conçoit, varient suivant l'artère oblitérée. Cessation des battements artériels dans le membre, douleur quelquefois excessive, la paralysie, puis la gangrène, semblent être les phénomènes les plus caractéristiques de l'affection. Si, comme dans l'observation de Brennan, les artères cérébrales sont oblitérées, il peut survenir du ramollissement cérébral, et l'hémiplégie en est la conséquence. La coïncidence de ces symptômes avec une affection valvulaire du cœur éveillera non-seulement chez le médecin l'idée d'une oblitération, mais elle lui permettra d'en soupçonner l'origine.

§ III. — Traitement.

Je ne connais pas de traitement employé qui ait jamais été d'aucune utilité.

FIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

ABAISSEMENT de la matrice, 547.
ABATTEMENT. Influence de l'abattement sur la production de la chlorose, 727.
ABCÈS des grandes lèvres, 1, 42; — pelviens siégeant entre le rectum et le vagin, 175; — latéraux du pelvis, 178; du sein après l'accouchement, 1159; — des trompes de Fallope, 627; — de l'utérus, 15; — entre le vagin et le rectum, 3; terminaison de l'inflammation de l'utérus par abcès, 312, 314. Terminaison de la métrite puerpérale par abcès, 1122.
ABDOMEN. État des téguments abdominaux après l'accouchement, 899; crampes dans l'abdomen pendant la grossesse, 878; modifications de l'abdomen pendant la grossesse, 753; douleur affectant tout l'abdomen en général par suite de désordres dans la menstruation, 722; chaleur et malaise ou douleur dans l'abdomen par suite d'affections utérines, 723; palpation abdominale, moyen de diagnostic des affections de l'utérus, 16.
ACCOUCHÉES (nouvelles), hygiène, 888.
ACCOUCHEMENT. Abcès des grandes lèvres consécutives à l'accouchement, 44; l'hypertrophie des lèvres peut-elle constituer un empêchement à l'accouchement, 53; cause fréquente d'extension du prurit, vulvaire, 62; — provoqué par un prurit vulvaire, 63; vulvite épidémique gangréneuse chez les femmes en couches, 81; cloison vaginale avant et après l'accouchement, 140; quand il convient de provoquer l'accouchement prématuré dans les cas d'occlusion du vagin, 142; accouchements fréquents, cause de leucorrhée vaginale chronique, 157; influence du travail de l'accouchement sur la production des abcès latéraux du pelvis, 175; l'accouchement cause de métrite muqueuse aiguë ou chronique, 303; — cause de métrite chronique, 327; influence des tumeurs fibreuses de l'utérus sur l'accouchement, 393; traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus après l'accouchement, 402; traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant le travail, 402; hypertrophie de l'utérus consécutive à l'accouchement, 507; semi-prolapsus à la suite d'un accouchement à terme 554; affections chroniques, cause d'accouchement avant terme, 760; accouchement heureux après écoulement prolongé d'un liquide aqueux pendant la grossesse, 779; cas d'hydropisie de l'amnios ayant nécessité l'accouchement avant terme, 780; rhumatisme de l'utérus, cause possible d'accouchement prématuré, 790; influence du rhumatisme externe sur l'accouchement, 792; emploi de l'accouchement prématuré dans le cas de vomissements incoercibles pendant la grossesse, 827; maladies des femmes après l'accouchement, 888; convalescence après l'accouchement, 888; troubles de l'appareil circulatoire après l'accouchement, 889; troubles de l'appareil respiratoire après l'accouchement, 889; état du col utérin après l'accouchement, 890, 896; convulsions épileptiques pendant et après le travail, 1175; état des intestins après l'accouchement, 902; paralysies après l'accouchement, 1198; état de la peau, après l'accouchement, 902; ralentissement du pouls après l'accouchement, 890; état des reins après l'accouchement, 902; état des seins après l'accouchement, 902; état des téguments abdominaux après l'accouchement, 899; état de l'urèthre après l'accouchement, 914; état de l'utérus après l'accouchement, 890; maladies de l'utérus et de ses

annexes après l'accouchement, 915 ; rupture de l'utérus après l'accouchement, 947; modes différents d'accouchements dans les cas de rupture de l'utérus, 959, 960 ; état du vagin après l'accouchement, 945 ; état de la vessie après l'accouchement, 914 ; déchirure du périnée à la suite de l'accouchement, 1028 ; tumeur sanguine des lèvres après l'accouchement, 929.

ACÉPHALOCYSTES, 365, 367.

ACIDE GALLIQUE. Son action sur l'utérus, 34.

ACIDE PRUSSIQUE. Son emploi contre les vomissements continuels pendant la grossesse, 825.

ACNÉ, 80.

AFFECTIONS MORALES. Leur influence sur la production de la chlorose, 727; sur le développement de la fièvre puerpérale, 1079.

AFFUSIONS. Emploi des affusions froides dans le traitement des convulsions épileptiques, 1189.

AGE. Influence de l'âge sur la fréquence du cancer, 441 ; de l'hématocèle péri-utérine, 186 ; de la folie puerpérale, 1148; de l'irritation ovarique, 637 ; de la rupture de l'utérus, 951.

AGE CRITIQUE, 273.

AIGUILLE à polypes de Hunter, 426 ; en forme de trocart munie de deux chas pour les sutures profondes, 696 ; munie d'un double fil de fer entortillé autour de deux morceaux de soude de gomme, 703 ; à chas brisé de Jobert (de Lamballe), pour les sutures profondes (modèle Charrier), 988 ; à suture de Marion Sims, 997 ; aiguille tubulée de Startin, 1000.

AISSELLE. Menstruation supplémentaire par l'aisselle, 234.

ALBUMINURIE chez les femmes enceintes, 883 ; — pendant la grossesse, cause de troubles nerveux graves, 1203; connexion des phénomènes cérébraux et de l'albuminurie, 1150; de l'albuminurie et des convulsions puerpérales, 1189, 1182, 1203, 1228; de l'albuminurie et de la paralysie, 1229 ; — principal signe concomitant des affections nerveuses graves, 1201 ; signification pathologique de l'albuminurie, 1229 ; examen des reins dans l'albuminurie, 1230.

ALIMENTATION. Ce qu'elle doit être pendant la grossesse, 763, 764 ; importance de l'alimentation à la suite de la périnéorrhaphie, 1053 ; influence de certains aliments sur l'explosion des convulsions épileptiques, 1176.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE du col de l'utérus, 373 ; de la portion sous-vaginale du col, 370 ; de la portion sus-vaginale du col, 378; allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement, 804.

AMAUROSE puerpérale, 1203, 1207, 1209, 1214.

AMÉNORRHÉE, 3 ; symptômes de dérangement menstruel amené par un coït excessif, 11 ; définition de l'aménorrhée, 209 ; deux catégories distinctes : menstruation absente (*emansio mensium, suppressio mensium*). Aménorrhée résultant de malformation congénitale, 211 ; aménorrhée simple, 213 ; aménorrhée avec leucorrhée utérine supplémentaire, 215 ; aménorrhée par suppression : suppression des règles, 223 ; suppression brusque des règles, 223 ; suppression chronique de la menstruation, 227 ; menstruation irrégulière, 232 ; menstruation supplémentaire, 233 ; chlorose compliquée d'aménorrhée, 726 ; aménorrhée concomitante de l'irritation ovarienne, 638.

AMNIOS. Hydropisie de l'amnios, 780 ; cas ayant nécessité l'accouchement avant terme, 781 ; influence de l'hydropisie amniotique sur l'enfant, 784.

AMPUTATION CONOIDE du col de l'utérus dans l'allongement hypertrophique, 385.

ANASARQUE pendant la grossesse, 882.

ANÉMIE, 725 ; résultant de métrorrhagies, 265 ; — cause prédisposante de folie puerpérale, 1148.

ANESTHÉSIE faciale consécutive à l'accouchement, 1200.

ANESTHÉSIQUES. Leur emploi contre les contractions musculaires, 1036 ; dans le traitement des convulsions épileptiques puerpérales, 1190, dans l'ovariotomie, 693.

ANTÉFLEXION de l'utérus, 502.

ANTÉVERSION de l'utérus, 6, 502; — dans les premiers temps de la grossesse, 506.

ANTIPHLOGISTIQUES. Leur emploi contre les vomissements continuels pendant la grossesse, 826.
ANTISPASMODIQUES. Leur emploi contre les vomissements continuels pendant la grossesse, 825.
APHTHES. Éruption aphtheuse de la muqueuse vulvaire, 65.
APIOL. Son emploi dans le traitement de l'aménorrhée, 222.
APONÉVROSE périnéale profonde, 1030.
APOPLEXIE pulmonaire, 850 : diagnostic différentiel des convulsions apoplectiformes hystériques et épileptiques, 1187.
APPAREIL de Scanzoni, pour l'application locale des vapeurs de chloroforme, 352 : appareil gazo-injecteur de Fordos, 244 ; appareil de Niessen pour la ligature des polypes modifié par Gooch, 426 ; à air comprimé pour injections utérines, 545 ; appareil compresseur de P. E. Lionet, 582 ; appareil pour éclairer le vagin, 26 ; appareil à irrigations vaginales continues, 269 ; appareil de Clauzure, 268 ; appareil à pelote d'air pour le prolapsus, 609 ; appareil compresseur de caoutchouc de Bourjeaurd, 670.
APPÉTIT capricieux ou dépravé pendant la grossesse, 813.
ARÉOLE. Coloration et élévation de l'aréole dans les premiers mois de la grossesse, 866.
ARSENIC. Son emploi dans les affections utérines, 34.
ARTÈRES. Oblitérations artérielles dans l'état puerpéral, 1232.
ARTICULATIONS. État des articulations dans la fièvre puerpérale, 1104.
ASCITE. Diagnostic différentiel de l'ascite et de la physométrie, 356 ; de l'ascite et de l'hydrométrie, 359 ; de l'ascite et de la rétroversion utérine, 534 ; de l'ascite et de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, 666 ; ascite pendant la grossesse, 885 ; cause déterminante des déchirures du périnée, 1032.
ATMOSPHÈRE. Action des influences atmosphériques sur la production de la fièvre puerpérale, 1083 ; sur la production des convulsions puerpérales, 1178.
AVORTEMENT. Quand il convient de provoquer l'avortement dans les occlusions du vagin, 142 ; — cause de métrite parenchymateuse aiguë, 313 ; l'avortement n'est pas la conséquence obligée des tumeurs fibreuses de l'utérus, 393 ; rhumatisme de l'utérus cause d'avortement, 790 ; avortement résultant des maux de dents, 810 ; résultant de crampes dans la région de l'estomac et du duodénum, 833 ; ictère abortif, 843 ; cas d'avortement suite de syncopes répétées, 848 ; cas d'avortement causé par la toux, 852.

B

BISTOURI pour dilater l'ouverture pratiquée avec le trocart pour la ponction vaginale des kystes de l'ovaire, 671 ; bistouri courbe boutonné, 870 ; bistouri coupé carrément à son extrémité et spatule, 870 ; bistouri en fer de lance droit porté sur une longue tige (Marion Sims), 996 ; bistouri en fer de lance mousse convexe sur le tranchant et articulé (Marion Sims), 996.
BOMBE du docteur Annan, 582.
BOULE HYSTÉRIQUE. Sensation de la boule hystérique par suite de désordres dans la menstruation, 721 ; — dans la métrite chronique, 326.
BOUT DE SEIN. Mamelon d'ivoire flexible monté sur bois, 1157 ; mamelon de caoutchouc (Chailly-Honoré), 1157.
BOUTONS EN BUIS employés par Duboué pour fixer les points de suture dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, 1118.
BRAS. Menstruation supplémentaire par les bras, 234 ; paralysie du bras pendant la grossesse, 1207 ; paralysie du bras et de la face après la délivrance, 1218.
BROME. Emploi du brôme dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, 398.
BRUIT DE SOUFFLET, 651.

C

CADUQUE UTÉRINE, 894.
CALCUL VÉSICAL. Diagnostic différentiel du calcul vésical et de l'antéversion de l'utérus, 511 ; calculs vésicaux causes de perforations, 972, 978
CANCER des grandes lèvres ou de la vulve, 102 ; des trompes de Fallope, 634 ; de l'utérus, 6, 437 ; cancers épithéliaux de l'utérus, 6, 474, 485.

CANCROIDE de la vulve, 99; cancroïde végétant du col utérin, 474; cancroïde ulcéreux du col utérin, 485.
CANTHARIDES. Emploi de la teinture de cantharides, dans le traitement de l'aménorrhée, 222.
CANULE de Levret, 165, 425, 429; canule d'un trocart pour la ponction vaginale des kystes de l'ovaire, 663.
CARCINOME. Voy. *cancer.*
CARDIALGIE pendant la grossesse, 831.
CATAPLASME galvanique, 219.
CATARRHE UTÉRIN. Voy. *Leucorrhée utérine.*
CATHÉTÉRISME UTÉRIN, 17, 18, 19, 20, 21.
CAUSTIQUES. Leur emploi dans les affections utérines, 35.
CAUTÈRE ACTUEL. Son emploi dans les affections utérines, 35. — Cautère à gaz, 38. — Cautère galvanocaustique, 37.
CÉCITÉ succédant à des convulsions puerpérales, 1199.
CEINTURE hypogastrique, 546, 610; hypogastrique à pelote d'air, 609.
CÉPHALALGIE pendant la grossesse, 861.
CERVEAU. Influence réflexe de l'établissement de la menstruation sur le cerveau, 8; du système utérin sur le cerveau, 756, 759; connexion des phénomènes cérébraux et de l'albuminurie, 1150.
CHANCRE du col de l'utérus, 346; chancre ulcéreux, 346; chancre diphthéritique, 346.
CHANVRE indien, son action sur l'utérus, 34.
CHARBON. Emploi du charbon contre les vomissements de la grossesse, 825.
CHLOASMA UTERINUM, 325.
CHLOROFORME. Appareil de Scanzoni pour l'application locale des vapeurs de chloroforme, 352; emploi du chloroforme pour combattre la rigidité du périnée, 1036; son efficacité dans le traitement des convulsions épileptiques, 1190; son emploi dans l'ovariotomie, 693.
CHLORO-ANÉMIE, 725.
CHLOROSE, 724.
CHOUX-FLEURS. Excroissances en choux-fleurs du clitoris, 82; de l'utérus, 474.
CHUTE de la matrice. Voy. *prolapsus.*
CIGUË dans le traitement du squirrhe utérin, 457.
CIRCULATION. Modifications physiologiques de la circulation pendant la grossesse, 753; influence de la grossesse sur la circulation, 753; désordres de l'appareil circulatoire pendant la grossesse, 844; troubles de l'appareil circulatoire pendant et après l'accouchement, 889; précautions à prendre pendant l'état puerpéral, 904; anomalies du système circulatoire qui peuvent se présenter pendant la convalescence, 908.
CISEAUX. Ciseaux longs, recourbés sur leur plat à pointes très-tranchantes et effilées de Marion Sims, 995; ciseaux de Marion Sims pour l'enlèvement des sutures, 1005.
CLITORIS. Hypertrophie du clitoris, 82.
CLOISONNEMENT du vagin, 130.
CLOU hystérique, 861.
COCCYX. Douleur en arrière au niveau du coccyx par suite de désordres dans la menstruation, 721; par suite d'affection utérine, 322; mobilité excessive du coccyx cause prédisposante de déchirure du périnée, 1031.
CŒUR. Altérations des bruits du cœur chez les chlorotiques, 727; palpitations de cœur pendant la grossesse, 844; hypertrophie du cœur pendant la grossesse, 845; dégénérescence graisseuse du cœur pendant la grossesse, 845.
COIT. Suites funestes d'un coït excessif, 11; coït excessif cause d'abcès des grandes lèvres, 431; d'abcès latéraux du pelvis, 178; rôle du coït exagéré sur la production de la métrite muqueuse, 303; sur le développement de la métrite parenchymateuse, 313; coït exagéré cause d'inflammation de la vulve chez les adultes, 78; d'irritation ovarique, 641; d'utérus irritable, 349; de vaginite aiguë, 151; coït dans le cas de vaginisme, 146, 147; influence du coït incomplet ou inefficace, 12; coït incomplet ou excessif cause de leucorrhée vaginale chronique, 157; cause d'hématocèle péri-utérine, 186.
COL DE L'UTÉRUS. Allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'ac-

couchement, 804 ; allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col, 373; allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, 378 ; érosion du col de l'utérus, 339 ; état du col utérin après l'accouchement, 896; hypertrophie du col de l'utérus, 317; hypertrophie sus-vaginale du col, 378; hypertrophie sous-vaginale du col, 373 ; inflammation du col de l'utérus, 317; inflammation granuleuse du col, 339; ulcérations du col de l'utérus, 337; kyste du col, 731.

COLON. Douleur dans le côlon descendant ou ascendant par suite de désordres dans la menstruation, 715.

COLOSTRUM, 904.

CONCEPTION. Modification qu'elle imprime à la matrice, 8; influence de l'aménorrhée sur la conception, 216; la suppression soudaine des règles doit être considérée en général comme un obstacle au moins momentané à la conception, 225; influence de la dysménorrhée sur la conception, 248 ; l'utérus irritable obstacle complet à la conception, 350; produits de conception dégénérés, 362; influence des tumeurs fibreuses de l'utérus sur la conception, 392 ; le cancer de l'utérus n'est pas un obstacle à la conception, 448 ; le prolapsus utérin n'est pas un obstacle à la conception, 567; l'oblitération des trompes obstacle à la conception, 633 ; modifications locales et constitutionnelles consécutives à la conception, 741.

CONGESTION utérine, 288; congestion active, congestion passive de l'utérus, 289; la congestion active est le premier degré de l'inflammation, 291.

CONSTIPATION opiniâtre dans le cancer de l'utérus, 452; pendant la grossesse, 835 ; constipation artificielle dans le traitement de la déchirure du périnée, 1053.

CONSTITUTION. Influence des constitutions sur les désordres menstruels, 4.

CONSTRICTEUR CIRCULAIRE de Kœberlé, 691.

CONTAGION. Nature contagieuse de la fièvre puerpérale, 1087.

CONVALESCENCE après l'accouchement, 888; précautions à prendre pendant l'état puerpéral, 904; anomalies qui peuvent se présenter pendant la convalescence, 907.

CONVULSIONS apoplectiques, 1195; convulsions épileptiques, 1175 ; convulsions hystériques, 1173.

COPAHU. Emploi du baume de copahu dans la vaginite chronique, 159.

COTES. Douleur au-dessous du rebord des côtes du côté gauche par suite de désordres dans la menstruation, 721.

CRACHEMENT de sang pendant la grossesse, 853.

CRAIE. Son emploi dans le traitement des tumeurs verruqueuses de la vulve, 59.

CRAMPES de l'estomac et du duodénum pendant la grossesse, 833 ; crampes générales pendant la grossesse, 878.

CRANIOTOMIE dans les cas de convulsions épileptiques puerpérales, 1193.

CREVASSES du mamelon, 1155.

CRUSTACÉS. Influence de l'ingestion des crustacés sur la production des convulsions épileptiques, 1176.

CRYPTOGAMES signalés dans la vaginite, 155.

CYANURE D'OR. Son emploi dans le traitement de l'aménorrhée, 222.

CYSTOCÈLE vaginale, 167.

D

DANSE. Excès de danse, cause d'utérus irritable, 349.

DÉCHIRURE du périnée, 1028; perinéorrhaphie, procédé de Baker Brown, 1042; procédé de Roux, 1042; procédé de Dieffenbah, 1043; procédé de Langenbeck, 1044; procédé de Demarquay, 1047; procédé de Verneuil, 1049; procédé à double suture de Deroubaix, 1055; déchirures vulvaires, 1034.

DECIDUA REFLEXA, 747.

DÉLIVRANCE. Convulsions épileptiques après la délivrance, 1175; folie puerpérale après la délivrance, 1141; hémorrhagies au moment de la délivrance, 916; hémorrhagies après la délivrance, 923.

DÉPLACEMENTS de l'utérus, 6; antéflexion et antéversion de l'utérus, 502; rétroflexion et rétroversion de l'utérus, 513; prolapsus utérin, 547; prolapsus du vagin, 166 ; cystocèle vaginale, 167; déplacements

des trompes de Fallope, 635; des ovaires, 716.
DÉPRESSEUR de Gerdy, 983.
DESCENTE de l'utérus, 547; changement des rapports que subissent les parties déplacées, 561.
DÉTACHEMENT. Élimination spontanée des polypes de l'utérus par détachement, 418.
DÉTENSION. Suture de détention, 1010.
DIARRHÉE pendant la grossesse, 838.
DILATATEURS, 17; dilatateur conique de Marion Sims dans le traitement du vaginisme, 150; utérin de Jobert (de Lamballe) modifié par Mathieu, 415.
DILATATION ARTIFICIELLE du col de l'utérus, 195.
DIPLOGENÈSES par pénétration, 657.
DOUCHES. Leur efficacité dans les maladies du vagin et de l'utérus, 38; douches utérines, 544.
DOULEUR. Douleurs irrégulières pendant la grossesse, 878.
DUODENUM. Crampes du duodénum pendant la grossesse, 833.
DYSMÉNORRHÉE, 13,238; dysménorrhée névralgique, 239; dysménorrhée inflammatoire, 246; dysménorrhée mécanique, 255.
DYSPNÉE pendant la grossesse, 849.
DYSURIE pendant la grossesse, 526, 876.

E

EAU. Emploi de l'eau froide dans les affections utérines, 41, 544.
ECCHYMOSE. Elle n'est pas un caractère de l'inflammation vulvaire suivant Tardieu, 71.
ÉCLAMPSIE, 1175.
ÉCOULEMENT dans le cancer de l'utérus, 450; de liquide aqueux par le vagin pendant la grossesse, 777.
ÉCRASEUR linéaire de Chassaignac, 435.
ECZEMA de la peau des organes génitaux, 1, 50; eczéma de la vulve, cause de vaginisime, 147.
ÉLÉPHANTIASIS. Exemple d'éléphantiasis observé par Rigal (de Gaillac), 53.
ÉLIMINATION spontanée des polypes de l'utérus, 418.
ÉLYTROPLASTIE, 980.
ÉMANSIO mensium, 211.
EMMÉNAGOGUES, 34; leur emploi dans le traitement de l'aménorrhée, 219.
ENCÉPHALOIDES de l'utérus, 6, 443; — de l'ovaire, 712.
ENGORGEMENT de l'utérus, cause de prolapsus, 564.
ENTÉRITE glaireuse, 495.
ENVIES des femmes enceintes, 813, 859.
ÉPAISSISSEMENT du tissu cellulaire qui entoure l'urèthre, 161.
ÉPIDÉMIES. L'une des causes générales des affections utérines, 11; vulvite épidémique gangréneuse chez les femmes en couche, 81; liste des épidémies de fièvre puerpérale, 1062.
ÉPILEPSIE. Convulsions épileptiques, 1175.
ÉPISIORAPHIE, 584.
ÉPISTAXIS UTERINE, 262.
ÉPITHÉLIOMAS de l'utérus, 6, 474.
ÉPITHÉLIUM du vagin, 77.
ÉPONGE PRÉPARÉE, 22.
ERGOT DE SEIGLE. Son action sur l'utérus, 34, 221, 332; dans le traitement des métrorrhagies, 267, 922, 926.
ÉRIGNE à coulisse de Desgranges, 589; érigne double vaginale, 980; érigne-crochet mousse de Marion Sims pour faire l'incision et faciliter le passage de l'aiguille à travers les lèvres de la plaie, 996; érigne-crochet en pointe de Marion-Sims, 996.
ÉROSION du col de l'utérus, 339.
ESTHIOMÈNE, 99; cas d'esthiomène perforant et hypertrophique du périnée et l'anus, 101.
ESTOMAC. Influence réflexe de l'établissement de la menstruation sur l'estomac, 8; menstruation par l'estomac, 234; douleurs dans l'estomac par suite de désordres dans la menstruation, 722; sympathies de l'estomac et de la matrice, 558; modifications de l'estomac pendant la grossesse, 558; crampes de l'estomac pendant la grossesse, 833.
ÉVENTRATION, 869.
EXCISION. Ablation des polypes de l'utérus par excision, 431; instrument de Mikschik pour l'excision des polypes utérins, 435.
EXCROISSANCES en choux-fleurs, 474.
EXPULSION. Élimination des poly-

pes de l'utérus par expulsion, 418.
EXTIRPATION de l'utérus, 467, 610; extirpation de l'utérus déplacé 470; sous-pubienne de l'utérus resté dans sa position normale, 471; des tumeurs fibreuses de l'utérus, 399, 401; des ovaires, 676.

F

FACE. Paralysie de la face pendant la grossesse, ou après la délivrance, 1208, 1209, 1211, 1218, 1219.
FACIES UTÉRIN, 325.
FAUSSE COUCHE. Diagnostic de la fausse couche et de la dysménorrhée, 242.
FAUX GERME, 362.
FER. Son action sur l'utérus, 34; dans les métrorrhagies, 271; dans la métrite chronique, 336.
FIBROIDES de l'utérus, 386.
FIBROMES de l'utérus, 386.
FIÈVRE. Fièvre éphémère, 1152; fièvre puerpérale, 1059.
FISSURES à l'entrée du vagin cause de vaginisme, 147.
FISTULES vésico-vaginales, 967; vésico-utéro-vaginales, 970; fistules vésico-utérines, 989.
FLUEURS BLANCHES. Voy. *Leucorrhée.*
FŒTUS dissous dans le liquide de l'amnios, 362, influence de la menstruation pendant la grossesse sur le fœtus, 776.
FOLIE puerpérale, 1141.
FOLLICULES. Inflammation des follicules muqueux de la vulve, 80; hypertrophie des follicules sébacés des grandes lèvres, 80.
FOLLICULITE, vulvaire, 80; du col, 339.
FONGUS de l'utérus, 5; fongus hématode de l'utérus, 474; fongus hématode de l'ovaire, 712.
FOURCHE, petite fourche à branches mousses de Marion Sims pour faciliter le passage de l'aiguille à travers les lèvres de la plaie, 998.
FROID. L'une des causes générales des affections utérines, 11; son emploi dans les hémorrhagies utérines, 39, 268; cause de vaginite aiguë, 151; cause de leucorrhée vaginale chronique, 157. Cause la plus fréquente d'irritation ovarique, 640. Cause prédisposante de folie puerpérale, 1148.
ULCRUM ou petite fourche légèrement convexe pour faire glisser les fils, les réfléchir et les fixer, 1001.

G

GANGRÈNE de l'utérus, 5; de la vulve chez les femmes en couches, 81.
GARANCE. Son emploi dans le traitement de l'aménorrhée, 222.
GASTROTOMIE dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, 400.
GENCIVES. Menstruation par les gencives, 234.
GENOU. Douleur dans le genou par suite d'affections utérines, 723.
GERÇURES du mamelon pendant l'allaitement, 1155.
GLACE. Son emploi dans le traitement de la fièvre puerpérale, 1117.
GLANDES MAMMAIRES. Voy. *mamelles.*
GONORRHÉE. La gonorrhée infantile ne peut être distinguée de la leucorrhée, 71.
GRANULATIONS du col de l'utérus, 338.
GROSSESSE. Effets de la grossesse sur les maladies déjà existantes, 759; modifications locales et constitutionnelles résultant de l'état de grossesse, 7, 741; modifications anatomiques de la tunique séreuse de l'utérus pendant la grossesse, 742; de la tunique musculaire, 742; de la tunique muqueuse, 744; des vaisseaux, 748; des nerfs, 749; des ovaires et de la trompe de Fallope, 750; modifications physiologiques et pathologiques pendant la grossesse, 751; de l'état général, 751; des organes particuliers, 752; de la circulation, 753; de la respiration, 753; de l'abdomen de l'estomac, 753; de l'urine, 754; du système nerveux, 755; soins à donner à la femme enceinte, 761; saignée, purgatifs, 762; alimentation, 763, 764; habillements, 763; opium, 763; exercice, alimentations, excrétions, 764; hygiène morale, 765; maladies des organes génitaux chez les femmes enceintes, œdème des grandes lèvres, 767; végétations, 772; leucorrhée vaginale, 769; abcès des grandes lèvres concomitants de la grossesse, 44; anasarque pendant la grossesse, 882; appétits capricieux et dépravés, 813; ascite, 885; cardialgie, 831;

céphalalgie, 861 ; désordres de l'appareil circulatoire, 844 ; constipation 835; convulsions épileptiques, 1175 ; crachement de sang, 853 ; crampes, 878 ; crampes de l'estomac et du duodénum, 833 ; diarrhée, 839; mal de dents, 808 ; dyspnée, 849; dysurie et rétention d'urine, 876 ; écoulement de liquide aqueux par le vagin, 777; désordres dans le système des glandes mammaires, 865 ; hématémèses,834 ; hémoptysie, 853 ; hémorrhoïdes, 871 ; hernie, 868 ; hydropisie de l'ammios, 780 ; hydrothorax, 885 ; hypochondrie, 857 ; ictère ou jaunisse, 840 ; incontinence d'urine, 875 ; inflammation de l'utérus, 795 ; insomnie, 855 ; manie, 858 ; menstruation pendant la grossesse, 773; métrorrhagies pendant la grossesse, 916; nausées et vomissements, 815 ; désordres du système nerveux, 855 ; œdème, 882; affections nerveuses des oreilles, 863; palpitations de cœur, 844 ; paralysies, 1198 ; pyrosis, 831 ; troubles du système respiratoire, 849 ; rétroversion de l'utérus, 524; rhumatisme de l'utérus, 788 ; salivation, 810 ; désordres des sens, 855 ; spasme de l'urèthre, 874 ; syncopes, 847 ; toux, 851 ; varices, 880; affections nerveuses des yeux, 864.

H

HABILLEMENT. Genre d'habillement le plus convenable pendant la grossesse, 763.

HAY FEVER, 851.

HÉMATÉMÈSE pendant la grossesse, 834.

HÉMATOCÈLE rétro-utérine, péri-utérine ou pelvienne, 183.

HÉMICRANIE, 861.

HÉMIPLÉGIE des femmes enceintes ou nouvellement accouchées, 1203, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1214, 1216, 1217, 1219.

HÉMOPTYSIE pendant la grossesse, 853.

HÉMORRHAGIES. Emploi du froid dans les hémorrhagies utérines, 39, 268.

HÉMORRHOIDES pendant la grossesse, 871.

HERMAPHRODITISME apparent chez une personne du sexe féminin, 116 ; chez deux enfants d'une même famille, 734.

HERNIE pendant la grossesse, 868.

HERPÈS de la vulve, 80 ; — cause de vaginisme, 147.

HYDATIDES de l'utérus, 5, 364.

HYDRÉMIE, 725.

HYDRIODATE DE POTASSE. Son action dans les affections utérines, 34.

HYDROCÈLE. Diagnostic différentiel de l'hydrocèle et de la tumeur sanguine des lèvres, 935.

HYDROCÉPHALIE. Cause déterminante des déchirures du périnée, 1032.

HYDROMÉTRIE, 357.

HYDROPISIE de l'amnios, 780; hydropisie enkystée de l'ovaire, 653; hydropisie commençante des trompes, 621 ; hydropisie de la trompe droite, 631 ; hydropisie utérine, 357.

HYDRORACHIS. Cause déterminante de déchirure du périnée, 1032.

HYDROTHORAX pendant la grossesse, 885.

HYGIÈNE morale des femmes enceintes, 765; hygiène des nouvelles accouchées, 888.

HYGROMA de la trompe, 632.

HYMEN. Densité de la membrane hymen, 2 ; persistance de l'hymen, 105 ; cette persistance n'implique pas nécessairement la stérilité, 106 imperforation congénitale de l'hymen, 107; l'atrexie congénitale de l'hymen cause d'aménorrhée, 229; l'imperforation congénitale de l'hymen ne doit pas être considérée comme un obstacle au mariage, 112; imperforation accidentelle de l'hymen, 113.

HYPERESTHÉSIE de la muqueuse vulvaire cause de vaginisme, 147.

HYPERTROPHIE des petites lèvres, 2 ; des tissus de l'utérus. 5; du col de l'utérus résultant d'un coït excessif, 11 ; hypertrophie des lèvres, 52 ; hypertrophie syphilitique de la petite lèvre gauche, 55 ; des follicules sébacés des grandes lèvres, 80 ; du clitoris, 82 ; hypertrophie de l'utérus, 371 ; hypertrophie générale, 371 ; hypertrophie du col, 373 ; hypertrophie sous-vaginale du col, 373 ; hypertrophie sus-vaginale du col, 378 : diagnostic différentiel de l'allongement hypertrophique du col et du prolap-

sus utérin, 384 ; hypertrophie du cœur pendant la grossesse, 845.
HYPOCHONDRIE pendant la grossesse, 857.
HYSTÉRALGIE, 348.
HYSTÉROPHOSE de Detschy, 543 ; de Roser modifié par Scanzoni, 570 ; de Schilling, 573 ; de Zwank, 572.
HYSTÉROMES, 386.
HYSTÉROTOME de Simpson modifié par Mathieu, 258.
HYDRORRHÉE, 777.

I

ICTÈRE pendant la grossesse, 840 ; épidémie d'ictère, 841 ; ictère abortif, 843.
IMPERFORATION congénitale de l'hymen, 107 ; cette imperforation ne doit pas être considérée comme un obstacle au mariage, 112 ; imperforation accidentelle de l'hymen, 113 ; imperforation du vagin, 114 ; du col utérin, cause possible de rupture, 952.
INCISION du col de l'utérus rigide, 195 ; traitement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire par l'incision, 668.
INCONTINENCE d'urine pendant la grossesse, 875.
INDIAN HEMP, 249.
INFIBULATION. Mode de traitement des fistules vésico-vaginales, 984.
INFLAMMATION de l'utérus, 295 ; inflammation de la muqueuse utérine, 296 ; inflammation du parenchyme utérin, 310 ; inflammation chronique de l'utérus, 316 ; des follicules muqueux de lavulve, 80 ; phlegmoneuse des grandes lèvres, 43 ; de la muqueuse de la vulve, 68 ; inflammation des ovaires, 642 ; inflammation du sein après l'accouchement, 1159 ; du péritoine, 1101 ; du tissu cellulaire pelvien, 174 ; inflammation des trompes de Fallope, 621, 624 ; inflammation de l'utérus, pendant la grossesse, 795 ; après l'accouchement, 1121 ; inflammation du vagin, 151 ; inflammation du vagin après l'accouchement, 945 ; inflammation des lymphatiques de l'utérus après l'accouchement, 1099 ; des veines de l'utérus après l'accouchement, 1099.
INJECTIONS intra-utérines, 39, 40 ; — intra-utérines dans le traitement de la métrite interne, 307 ; dans les métrorrhagies, 270, 927 ; dans la physométrie, 357 ; dans l'hydrométrie, 361 ; dans le cas de lochies fétides, 912 ; dans la fièvre puerpérale, 1116, 1120 ; injections dans les cas de vaginite chronique 159 ; usage intempestif des injections astringentes, cause d'utérus irritable, 349 ; injections astringentes, signe distinctif entre la leucorrhée utérine et la leucorrhée vaginale, 286 ; injections dans le traitement du cancer utérin, 459 ; appareil à air comprimé pour injections utérines, 545 ; emploi des injections colorées pour découvrir les fistules vésico-vaginales, 977.
INSOMNIE pendant la grossesse, 855 ; cause prédisposante de folie puerpérale, 1148.
INSTRUMENT de Simpson pour l'introduction de l'éponge préparée dans la cavité du col de l'utérus, 22 ; de Protheroe Smith pour dilater le col de l'utérus, 21 ; de Mikschik pour l'excision des polypes utérins, 435 ; de Clintock pour l'extraction des polypes, 436.
INTESTINS. Influence réflexe de l'établissement de la menstruation sur les intestins, 8 ; constipation pendant la grossesse, 835 ; précautions à prendre du côté des intestins pendant l'état puerpéral, 905.
INVERSION de l'utérus, 1, 590.
IODE. Son emploi dans le traitement de l'aménorrhée, 220 ; dans le traitement des tumeurs fibreuses, 398.
IODOFORME, 345.
IRRIGATEUR vaginal de Aran, 546.
IRRITABILITÉ de la vessie, 96.
IRRITATION. Irritations réflexes qui semblent se rapporter aux troubles de la menstruation, 720 ; irritation des ovaires, suite d'affections utérines, 722 ; irritation ovarique, 637 ; désordres produits par irritation réflexe pendant la grossesse, 808.
ISTHME de l'utérus, 896.

J

JAMBES. Crampes dans les jambes pendant la grossesse, 879.
JAUNISSE. Voy. *Ictère.*

K

KYESTÉINE, 754.
KYSTES ovariques aréolaires, 657 ; composés, 657 ; multiloculaires, 657 ; uniloculaires, 657 ; vésiculaires,

657 ; du vagin, 163 ; kystes sarcomateux, 654 ; kyste du col de l'utérus, 739.

L

LAIT, 903.
LAMINARIA DIGITATA, 22.
LEFORT (Marie-Madeleine), 116.
LEUCORRHÉE. Leucorrhée infantile, 69 ; leucorrhée utérine, 277 ; complication fréquente de l'aménorrhée simple, 278 ; leucorrhée vaginale aiguë, 151 ; leucorrhée vaginale chronique, 156 ; leucorrhée d'habitude, 160 ; leucorrhée vaginale pendant la grossesse, 769 ; épithélium du vagin, 771 ; formations des globules de pus, 771.
LÈVRES, 1, 2 ; maladies des grandes lèvres, 42 ; inflammation phlegmoneuse des grandes lèvres, 42 ; tumeurs enkystées des lèvres, 46 ; tumeurs aqueuses des grandes lèvres, 50 ; tumeurs variqueuses des lèvres, 52, 731 ; hypertrophie des lèvres, 53 ; hypertrophie syphilitique de la petite lèvre gauche, 55 ; tubercule des petites lèvres, 57 ; cancer des grandes lèvres, 102, 103 ; œdème des lèvres, 767 ; tumeur sanguine des lèvres, 929 ; tumeur néoplasmatique de la lèvre gauche, 732 ; varicocèle des lèvres, 731 ; varices des lèvres pendant la grossesse, 880.
LIGATURE du clitoris hypertrophié, 83, 85 ; ablation des polypes de l'utérus par ligature, 415, 423.
LINIMENT mercuriel à employer dans les cas de péritonite puerpérale, 1118.
LIPOMES de la vulve, 59.
LITHOTOME de Demarquay, 671.
LOCHIES, 900 ; précautions à prendre pendant l'état puerpéral, 905 ; anomalies, quant aux lochies pouvant se présenter pendant la convalescence, 911 ; injections intra-utérines dans le cas de lochies fétides, 912.
LUPUS, 99.

M

MAL DE DENTS pendant la grossesse, 808.
MALFORMATION des organes génitaux, 736, 737 ; aménorrhée résultant de malformation congénitale, 211.
MAMELLES. Menstruation supplém entaire par les mamelles, 234 ; désordres dans le système des glandes mammaires pendant la grossesse, 865.
MAMELON. Crevasses du mamelon, et fissures du mamelon, 1155 ; mamelon de caoutchouc, 1157 ; mamelon d'ivoire flexible monté sur bois, 1157.
MANIE pendant la grossesse, 858 ; ménopause, cause fréquente de manie, 276.
MARIAGE. Peut-on permettre le mariage à une jeune fille, atteinte de métrite, 337.
MASTODYNIE, 865.
MASTURBATION. L'une des causes des abcès des grandes lèvres, 43.
MATIN. Maladie du matin, 816.
MATRICE. Voy. *Utérus*.
MÉGRIM, 861.
MÉNOPAUSE. Age auquel a lieu cette modification importante de l'organisme ; époque moins critique qu'on ne le croit généralement, 271.
MÉNORRHAGIE, Voy. *Métrorrhagie*.
MENSTRUATION. Désordres de la menstruation, 3 ; structure de l'utérus avant et après la menstruation, 3 ; dérangement des fonctions menstruelles, résultant d'un coït excessif, 11 ; trois classes de troubles menstruels, 209 ; menstruation absente, 211 ; — irrégulière, 232 ; suplémentaire, 233 ; — difficile ou douloureuse, 238 ; dysménorrhée névralgique, 239 ; dysménorrhée inflammatoire, 246 ; dysménorrhée mécanique, 255 ; métrorrhagie, ou menstruation excessive, 259 ; ménopause, 271 ; menstruation pendant la grossesse, 773.
MENSTRUES. Caractères du sang des règles, 4 ; rétention des menstrues, 229.
MÉTRITE, 295 ; métrite muqueuse, aiguë et chronique, 296 ; métrite parenchymateuse aiguë, 310 ; métrite chronique, 316 ; métrite puerpérale, 1121.
MÉTRORRHAGIE en dehors de la grossesse et de la parturition, 259 ; métrorrhagies puerpérales, 915 ; métrorrhagies qui surviennent dans le cours de la grossesse et au moment de la délivrance, 916 ; métrorrhagies qui surviennent après la délivrance, 923.
MICROSCOPE. Utilité chaque jour croissante de cet instrument, 22.
MIGRAINE, 861.
MOIGNON. Menstruation supplé-

mentaire par le moignon d'un amputé, 234.
MOLES de l'utérus, 5, 361 ; produits de conception dégénérés, 361 ; môles charnues, 363 ; môles creuses, 362 ; môles hydatiformes ou vésiculaires, 364.
MORT subite dans le cas de phegmatia alba dolens, 1132, 1139.
MOXAS. Leur emploi dans les affections des organes génitaux, 41.
MUSEAU DE TANCHE. Voy. *Col de l'utérus.*
MYOMES de l'utérus, 386.

N

NARCOTIQUES. Leur emploi dans le traitement du cancer, 458 ; dans les cas de vomissements continuels pendant la grossesse, 825.
NAUSÉES pendant la grossesse, 815.
NERFS. Modifications anatomiques des nerfs de l'utérus pendant la grossesse, 749.
NÉVRALGIE de l'utérus, 348 ; névralgie de l'ovaire, 637.
NOMBRIL. Menstruation par le nombril, 234.
NOURRITURE des nouvelles accouchées, 906.
NYMPHES. Hypertrophie syphilitique des nymphes, 55 ; tubercules des nymphes, 57.
NYMPHOMANIE consécutive au prurit vulvaire, 62.

O

OBLITÉRATION des trompes de Fallope, 628 ; oblitération du vagin dans le traitement de la fistule vésico-vaginale avec perte de substance considérable (Hergott), 1022 ; occlusion de la fistule vésico-vaginale dans le cas de prolapsus de la vessie à travers l'ouverture de la fistule (Lannelongue), 1024.
OCCLUSION du vagin, 105 ; persistance de l'hymen, 105 ; imperforation congénitale de l'hymen, 107, imperforations accidentelles de l'hymen, 113 ; imperforation du vagin, 114 ; occlusion accidentelle du vagin, 134 ; occlusion de l'utérus, 190 ; occlusion partielle ou complète du vagin, cause de rupture du col et du corps de l'utérus, 952.
ŒDÈME des lèvres, 1, 767 ; œdème pendant la grossesse, 882.
ŒUFS DE NABOTH ,320.
ONGLES. Fragilité des ongles dans certains désordres de la menstruation, 722.
OPIUM. Son action dans les affections utérines, 34 ; dans le traitement de la dysménorrhée névralgique, 242 ; pendant la grossesse, 763 ; dans le traitement de la fièvre puerpérale, 1118 ; des convulsions puerpérales, 1189.
OREILLES. Menstruation par les oreilles, 234 ; affections nerveuses des oreilles pendant la grossesse, 864.
ORTEILS. Menstruation supplémentaire par les orteils, 234 ; crampes dans les orteils pendant la grossesse, 879.
OVAIRES. Modifications pathologiques des ovaires, 7 ; influence des maladies des ovaires sur la santé en général, 10 ; absence des ovaires, 211 ; leur influence sur la sécrétion menstruelle, 211 ; irritation réflexe des ovaires par suite de désordres dans la menstruation, 714 ; tubercules envahissant l'utérus, les trompes, les ovaires, 498 ; maladies des ovaires, 636 ; irritation ovarique, 637 ; inflammation des ovaires ou ovarite, 642 ; hydropisie enkystée de l'ovaire, 653 ; tumeurs non malignes des ovaires, 709 ; altérations de nature maligne, 711 ; squirrhe, 711 ; fongus hématode ou encéphaloïde, 712 ; céphalome, hématome, 713 ; déplacements des ovaires, 716 ; hernie crurale de l'utérus et des ovaires, 717 ; modifications anatomiques des ovaires pendant la grossesse, 750.
OVARIOTOMIE, 684 ; historique, 684 ; indications, 690 ; contre-indications, 692 ; procédé opératoire, 693.
OVARITE, 642 ; ovarite varioleuse, 645 ; ovarite syphilitique, 645.
OXALATE DE CÉRIUM dans le traitement des vomissements continuels de la grossesse, 826.
OXYDE D'ARGENT. Son action sur l'utérus, 34.

P

PALES COULEURS. Voy. *chlorose.*
PALPATION abdominale, 16.
PALPITATIONS de cœur pendant la grossesse, 844.
PARACENTÈSE abdominale, 887.
PARALYSIES pendant la grossesse, et après l'accouchement, 1198.

PARAPHROSYNE PUERPERARUM, 1143.
PARAPLÉGIE puerpérale, 1202, 1207, 1215.
PARTURITION. Cause spéciale des affections utérines, 11.
PEAU. Maladies de la peau des organes génitaux de la femme, 1; état de la peau après l'accouchement. 902.
PELVIS CELLULITIS, 180.
PELVIS. Abcès siégeant entre le rectum et le vagin, 175; abcès latéraux du pelvis, 178; hématocèle pelvienne, 183.
PEPSINE. Emploi de la pepsine contre les vomissements de la grossesse, 825.
PÉRINÉE. Déchirure du périnée, 1028.
PÉRINÉORRHAPHIE, 1042.
PÉRITONITE à la suite de l'accouchement, 1101.
PESSAIRES. Médicamenteux, 41, de Rognetta, 169; de Jules Cloquet, 169; de Hodge, 169; pessaire galvanique, 219; pessaire en cylindre échancré de Hervez de Chegoin, 522; pessaire-levier de Hodge, 523; pessaire à réservoir d'air, 536; pessaire utérin de Simpson, 545; pessaire de Coxeter, 569; pessaire hystérophore de Roser modifié par Scanzoni, 570; pessaire à dilatation continue de Pertusio, 572; pessaire hystérophore de Zwank, 572; de Schilling, 573; de Zwank modifié par Coxeter, 573; pessaire en gimblette, 574; pessaire élytroïde de J. Cloquet, 574; pessaire de Bauhin, 574; de Saviard, 574; pessaire en huit de chiffre, 574; pessaires à cuvettes, 575; pessaires ovales, 575; pessaires ronds, 575; pessaires en bondon, 576; pessaire ovale de Levret, 575; pessaires ovoïdes, 576; pessaires à bilboquet, 513, 576; pessaire à boule, 576; pessaires à tige, 513, 576; pessaires à pivot, 576; pessaire à pétiole, 576; pessaire à ressort de Coxeter, 577; pessaire à air de Goodman, 583; à air de Bourjeaurd, 583; à pelote, 583; à gimblette à réservoir d'air de Gariel, 583; objections faites à l'emploi des pessaires, 578; emploi des pessaires opiacés contre l'irritation ovarique, 642; présence des pessaires, cause possible de perforation de la vessie, 972.
PHLÉBITE UTÉRINE, 1110.
PHLEGMASIE LACTÉE, 1117.
PHLEGMATIA ALBA DOLENS, 431, 1117.
PHLEGMON des lèvres, 42; des ligaments larges et de la fosse iliaque, 174; phlegmon du sein, 1159.
PHRÉNITIS, 1146.
PHTHISIE. La phthisie a souvent pour point de départ l'épuisement produit par le coït, 12; suppression des règles dans la phthisie pulmonaire, 227; influence de la chlorose sur le développement des tubercules, 726, 728; influence de la grossesse sur la phthisie, 760.
PHYSOMÉTRIE, 354.
PIED. Douleur dans le pied par suite d'affections utérines, 723; crampes dans les pieds pendant la grossesse, 879.
PINCE de Wilde, 91, 423; pince-érigne d'Alphonse Robert, 421; pince de Museux, 466; pince-érigne droite de Museux, 421; pince-érigne courbe de Museux, 421; pince à polypes de Siebold, 432; pince emporte-pièce de Nélaton, 435; pince vaginale de Desgranges, 587; pince élytrocaustique de Desgranges avec dent de saillie, cuvette et ressort à crémaillère, 589; pince-serre-pédicule, 697; pince à double crochet de Jobert (de Lamballe) pour attirer le col de l'utérus dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, 987; pince porte-aiguille à mors allongés et articulés près de leur extrémité modèle Denis, 997; modèle Mathieu, 998; pince de Marion-Sims pour dégager l'aiguille, 998; pince à mors plats, minces et coudés pour tordre les fils, 1002.
PLACENTA. Extraction du placenta dans le cas d'inversion de l'utérus, 605; insertion vicieuse du placenta, cause d'hémorrhagie, 918.
PLAQUES MUQUEUSES du col de l'utérus, 347.
POIL, 1157.
POLYPES du vagin, 164; de l'utérus, 299, 386; polypes muqueux, 299; polypes fibreux, 403; polypes glandulaires, 320; polypes à apparitions intermittentes, 405; polypes vasculaires, 405.
POLYPOTOME de Simpson, 433.
POMMADE de Johnson contre les crevasses du sein, 1156.
PONCTION. Valeur de la ponction

exploratrice comme moyen de diagnostic des affections de l'utérus, 22.
PORTE-AIGUILLE pour la suture des fistules vésico- et recto-vaginales, 987.
PORTE-CAUSTIQUE de Lallemand, 36.
PORTE-ÉPONGES à coulant de Marion Sims, 997.
PORTE-FIL de Desault modifié, 425.
PORTE-LIGATURE de Sauter, 429.
POULS. Ralentissement du pouls après l'accouchement, 890.
POUMONS. Menstruation par les poumons, 234.
PROCIDENCE de la matrice, 547.
PROLAPSUS utérin, 6, 547 ; prolapsus du vagin, 166 ; prolapsus de la paroi antérieure du vagin et de la vessie, 167; prolapsus de la paroi postérieure du vagin, 171 ; prolapsus du vagin, soit complet, soit partiel sans déplacement de la vessie, ou du rectum, 173 ; prolapsus vésical, 167.
PRURIT de la vulve, 62 ; concomitance du prurit vulvaire et de l'inflammation de l'utérus, 322.
PYROSIS pendant la grossesse, 841.

R

RAMOLLISSEMENT de l'utérus dans la métrite chronique, 316.
RAPPORTS SEXUELS. Premiers rapports sexuels, cause des abcès des grandes lèvres, 43.
RECTOCÈLE vaginale, 171.
RECTUM. Influence réflexe de l'établissement de la menstruation sur le rectum, 8 ; toucher par le rectum comme moyen de diagnostic des affections utérines, 16 ; toucher vaginal et rectal combinés, 16 ; prolapsus de la paroi postérieure du vagin et du rectum, 171 ; abcès siégeant entre le rectum et le vagin, 3, 175.
REDRESSEUR utérin de Hensley, 342; de Kiwish, 522, 545 ; de Lee, 542 ; de Mayer, 542 ; de Protheroe Smith, 542 ; de Simpson, 522 ; de Valleix, 545, 546.
RÉDUCTEUR à air, 549.
RÉDUCTION de l'utérus abaissé, 565 ; réduction spontanée de l'utérus dans le cas d'inversion, 612.
RÉFLECTEUR pour éclairer le vagin, 22, 24.
RÈGLES. Voy. *Menstrues.*
REINS. Douleur dans la région des reins par suite de désordres dans la menstruation, 722 ; crampes dans les reins pendant la grossesse, 879 ; état des reins après l'accouchement, 902 ; précautions à prendre du côté des reins, pendant l'état puerpéral, 904 ; état des reins dans l'albuminurie, 1230 ; rôle des reins dans les paralysies puerpérales, 1231.
RENVERSEMENT de l'utérus, Voy. *Inversion.*
RESPIRATION. Troubles de la respiration pendant la grossesse, 753 ; après l'accouchement, 889.
RÉTENTION D'URINE pendant la grossesse, 876.
RETRAIT UTÉRIN après l'accouchement, 890.
RÉTRÉCISSEMENT de l'urèthre, 95 ; rétrécissements du vagin, 132.
RÉTROFLEXION de l'utérus, 513.
RÉTROVERSION de l'utérus, 6, 513 ; rétroversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse, 515.
RHUMATISME de l'utérus, 349, 788.
RIGIDITÉ du col de l'utérus, 192 ; rigidité du col utérin cause possible de rupture de l'utérus, 952 ; rigidité de la vulve, cause de rupture du perinée, 1031 ; rigidité du périnée, cause de déchirure, 1031.
RUPTURES des trompes de Fallope, 635 ; rupture de l'utérus, 949.

S

SABINE. Son action sur l'utérus, 34.
SACRUM. Perpendicularité excessive du sacrum, cause prédisposante de déchirure du périnée, 1031.
SAIGNÉE dans la grossesse, 762 ; dans le traitement de la fièvre puerpérale, 1117 ; dans le traitement de l'éclampsie, 1188.
SAISONS. Leur influence sur le développement de la fièvre puerpérale, 1084.
SALIVATION. Salivation pendant la grossesse, 810.
SANG. Caractères du sang des règles, 4 ; altération du sang dans la chlorose, 725 ; composition du sang chez les femmes enceintes, 752 ; altération du sang dans la fièvre puerpérale, 1102.
SANGSUES. Emploi des sangsues dans les affections utérines, 35.
SCARIFICATEUR pour le col de l'utérus de Mathieu, 249.
SEIGLE ERGOTÉ. Son emploi dans

le traitement de l'aménorrhée, 221 ; des métrorrhagies, 267, 923, 926, 928 ; de la métrite chronique, 332 ; déchirures du périnée résultant de l'administration intempestive du seigle ergoté, 1032.

SEIN. Douleur sous le sein gauche par suite de désordres dans la menstruation, 721 ; douleur et tuméfaction des seins par suite d'affections utérines, 724 ; modifications des seins pendant la grossesse, 755 ; douleurs dans les seins pendant la grossesse, 865 ; coloration et élévation de l'aréole dans les premiers mois de la grossesse, 866 ; état des seins après l'accouchement, 902 ; précautions à prendre du côté des seins pendant l'état puerpéral, 906 ; accidents qui peuvent se produire du côté des seins pendant la convalescence, 914 ; fissures et crevasses du mamelon, 1155.

SENS. Désordres des sens pendant la grossesse, 855.

SERINGUE à injections intra-utérines, 309.

SERRE-FINES dans le traitement des déchirures incomplètes du périnée, 1037.

SERRE-NŒUD de Kœberlé, 699.

SERRE-PÉDICULE, 698.

SONDE utérine de Simpson, 17 ; de Kiwisch, 17 ; de Valleix, 17 ; de Coghlan, 259 ; sonde érigne, 980 ; sonde double de Brun, composée comme les canules à trachéotomie, 988 ; sonde d'étain de Marion Sims (modèle Denis), 1004 ; sonde, de Marion Sims (modèle Charrière), 1005.

SPASME du vagin, 126 ; spasme de l'urèthre pendant la grossesse, 874.

SPÉCULUM. Spéculums divers, 27 ; mode d'emploi du spéculum, 33 ; spéculum intra-utérin de Jobert de Lamballe, 415 ; l'usage du spéculum peut-il être autorisé chez des femmes vierges, 20 spéculum de Marion Sims, 994 ; spéculum de Denonvelliers, 995.

SPHAGIASMUS. 276.

SPHINCTER UTÉRIN, 744.

SQUIRRHE, 443.

STÉRILITÉ ne résulte pas nécessairement de la rigidité ou de la persistance de l'hymen, 106 ; le vaginisme peut être considéré comme une des causes curables de stérilité, 149 ; la rétroflexion de l'utérus, cause de stérilité, 520.

STRYCHNINE. Son action sur l'utérus, 34 ; dans le traitement de l'aménorrhée, 221.

SUITES DE COUCHES. Métrorrhagies des suites de couches, 928.

SUPPORT utéro-abdominal de Hull, 582.

SUPPRESSION des règles, 223.

SURDITÉ puerpérale, 1203, 1208, 1209.

SUTURE. Emploi de la suture dans les cas de fusion complète du vagin, 978 ; suture en bouton de Bozeman, 1005 ; suture de détension, 1010 ; emploi de la suture dans le traitement des déchirures du périnée, 1038.

SYNCOPES pendant la grossesse, 847.

SYSTÈME NERVEUX. Ébranle-du système nerveux résultant du travail de l'accouchement, 889 ; précautions à prendre du côté du système nerveux pendant l'état puerpéral, 904 ; maladies du système nerveux après l'accouchement, 1165.

SYSTÈME VASCULAIRE. Maladies du système vasculaire après l'accouchement, 1165.

T

TANNIN. Son action dans les affections utérines, 34.

TENETTE A GOUTTIÈRE de Desgranges, 587.

TÉRÉBENTHINE. Son emploi dans le traitement de la fièvre puerpérale, 1119.

TÉTANOS après l'accouchement, 1165.

TÊTE. Douleur de tête par suite de désordres dans la menstruation, 721 ; pendant la grossesse, 861.

TÉTERELLE Thiers, 915.

TIRE-LAIT ATMOSPHÉRIQUE de Leplanquas, 914.

TIRE-MAMELON de caoutchouc de Mathieu, 914.

TORSION. Ablation des polypes de l'utérus par torsion, 415, 422.

TOUCHER rectal moyen de diagnostic des affections utérines, 16 ; toucher vaginal, 14 ; toucher vaginal et rectal combinés, 16.

TOUX pendant la grossesse, 851.

TRAITEMENT des maladies utérines en général, 34 ; traitement général, 34 ; traitement local, 35.

TRAVAIL. Interruption soudaine du travail, l'un des signes importants de la rupture de l'utérus, 955.

TRICHOMONAS du vagin (Donné), 155.

TROCART pour la ponction vaginale des kystes de l'ovaire, 671 ; de Maisonneuve pour la ponction des kystes de l'ovaire avec canule à demeure, 677 ; à couronne et à disque complétement armé (demi-grandeur), 681 ; de Nélaton, 695 ; de Kœberlé, 696.

TROMPES DE FALLOPE. Modifications pathologiques des trompes de Fallope, 7 ; influence de leur absence ou de leur oblitération sur les sécrétions menstruelles, 212 ; maladies des trompes de Fallope ; utérus ouvert en avant avec ses annexes, 619 ; inflammation aiguë des trompes, 621 ; inflammation chronique, 624 ; abcès et gangrène, 627 ; oblitération, 628 ; hydropisie de la trompe droite, 631 ; grossesse des trompes, 633 ; squirrhe, cancer et tubercules des trompes, 634 ; tumeurs fibreuses des trompes, 633 ; déplacements des trompes, 635 ; ruptures des trompes, 635 ; modifications anatomiques des trompes pendant la grossesse, 750.

TROUBLES DE LA MENSTRUATION, 209. Aménorrhée résultant de malformation congénitale, 211 ; aménorrhée simple, 213 ; suppression brusque des règles, 213 ; suppression chronique de la menstruation 227 ; aménorrhée par rétention, 229.

TUBERCULES des nymphes, 57 ; tubercules de l'utérus, 492 ; tubercules des trompes, 634 ; des ovaires, 709.

TUMEURS aqueuses des grandes lèvres, 50 ; tumeurs enkystées des lèvres, 46 ; tumeurs enkystées du vagin, 162 ; tumeurs fibreuses des trompes de Fallope, 633 ; tumeurs fibreuses de l'utérus, 5, 386 ; tumeurs fibreuses non pédiculées, 387 ; pédiculées, 407 ; sessiles ou interstitielles, 390 ; sous-muqueuses, 390 ; sous-péritonéales, 390 ; tumeurs fibro-cellulaires de la vulve, 49 ; tumeurs sanguines des lèvres, 929 ; tumeurs non malignes des ovaires, 709 ; tumeurs de nature maligne des ovaires, 711 ; tumeurs variqueuses des lèvres, 52 ; tumeurs vasculaires de l'orifice de l'urèthre, 86 ; tumeurs verruqueuses de la vulve, 56 ; tumeurs de la vulve, 56.

TYMPANITE UTÉRINE, 354.

U

ULCÉRATION des tissus de l'utérus, 5 ; ulcérations du col de l'utérus, 337 ; ulcérations d'origine inflammatoire, 338 ; ulcérations syphilitiques du col, 346 ; ulcérations cancéreuses du col, 16, 347 ; ulcérations variqueuses du col, 341 ; ulcérations de la grossesse, 341 ; ulcérations herpétiques, scorbutiques, scrofuleuses, tuberculeuses du col, 343.

ULCÈRE rongeant de la vulve, 99.

URÉE, 1231.

URÈTHRE. Inflammation de l'urèthre, 92 ; tumeurs vasculaires de l'orifice de l'urèthre, 86 ; tumeurs encéphaloïdes et carcinomateuses de la région uréthrale, 91 ; rétrécissement de l'urèthre, 95 ; nature spasmodique de cette affection, 96 ; épaississement du tissu cellulaire qui entoure l'urèthre, 161 ; spasmes de l'urèthre pendant la grossesse, 874 ; état de l'urèthre après l'accouchement, 914 ; rétrecissements du canal de l'urèthre, 970 ; fistules uréthro-vaginales, 970.

URÉTHROTOME à pression continue, 1026.

URINE. Modification des urines pendant la grossesse, 754 ; incontinence d'urine pendant la grossesse, 875 ; rétention d'urine pendant la grossesse, 877 ; état des urines dans l'éclampsie, 1183.

URTICAIRE symptomatique du cancer de l'utérus, 448.

UTÉRUS. Maladies de l'utérus, 3, 190 ; modifications anatomiques de l'utérus et de ses annexes aux différentes époques de la vie, 7 ; maladies auxquelles ces changements peuvent prédisposer, 7 ; nécessité de l'étude de l'influence des maladies générales sur les affections utérines, 10 ; causes des affections utérines, 11 ; influence des rapprochements sexuels trop souvent répétés, 11 ; des rapprochements sexuels incomplets, 12 ; moyens divers de diagnostic des affections utérines, 13 ; par les symptômes, 13 ; par

l'examen avec la main et le doigt, 14; par la palpation abdominale, 16; par le toucher rectal, 16; par le toucher rectal et vaginal combinés, 16; par les sondes, les dilatateurs, les trocarts, 17; par l'examen au spéculum, 22; maladies de l'utérus, cause d'inflammation de la vulve, 78; modifications anatomiques de l'utérus pendant la grossesse, 741; figures d'utérus avec les fibres musculaires en nattes longitudinales et transversales, 743; modifications de la tunique muqueuse de l'utérus pendant la grossesse, 744; des vaisseaux sanguins, 748; des nerfs, des ovaires de la trompe de Fallope, 749; sympathie entre les fonctions de l'utérus et l'état mental, 755; état de l'utérus après l'accouchement, 890; isthme de l'utérus, 896; précautions à prendre du côté de l'utérus pendant l'état puerpéral, 904; maladies de l'utérus et de ses annexes après l'accouchement, 915; congestion utérine, 288; érosion ou abrasion du col de l'utérus, 339; état du col de l'utérus vu au spéculum avant et après la fécondation, 25; hypertrophie du col de l'utérus, 317, induration du col de l'utérus, 318; inflammation chronique simple du col de l'utérus avec hypertrophie et ramollissement, 317; inflammation granuleuse du col de l'utérus, 338; scarificateur pour le col de l'utérus, 249; ulcération du col de l'utérus, 338; absence de l'utérus, 212; antéflexion de l'utérus, 502; coupe du bassin à l'état de vacuité, 503; utérus à terme avec sa double obliquité et son dévirement à droite, 510; antéversion, 502; coupe du bassin vu de profil représentant l'antéversion dans les premiers temps de la grossesse, 506; cancer de l'utérus, 437; cancer de l'utérus, du rectum, de la paroi postérieure du vagin avec destruction totale du museau de tanche, 444, 454; cancroïde ulcéreux du col, 485; cancroïde végétant du col, 474; excision du col utérin, 461; extirpation de l'utérus, 467, 470, 471, 472; déplacements de l'utérus, 6. Excroissances en choux-fleurs, 474; fistules utéro-vaginales, 969; fistules vésico-utérines, 970, 989; fistule vésico-utéro-vaginale, 990; hématocèle rétro-utérine, péri-utérine ou pelvienne, 183; hémorrhagie utérine en dehors de l'accouchemen, 259; hémorrhagie utérine liée à la grossesse et à la parturition, 915; inflammation de l'utérus en dehors de l'état de grossesse, 295; inflammation de l'utérus pendant la grossesse, 795; après l'accouchement, 1121. Inflammation des veines de l'utérus, 1099; des lymphatiques de l'utérus, 1099; irritations réflexes par suite d'affections utérines, 720; inversion de l'utérus, 590; inversion complète de l'utérus occasionnée par l'extraction précipitée du placenta, 591; extirpation de l'utérus renversé, 612; leucorrhée utérine, 277; névralgie de l'utérus, 348; occlusion de l'utérus, 190, occlusion congénitale, 190; occlusion acquise partielle, 192; polype de l'utérus, 299; polype glandulaire 320; polype vasculaire, 405; polypes fibreux, 403; prolapsus utérin, 547; coupe antéro-postérieure des organes, au point de vue des rapports du péritoine avec l'utérus et le vagin, 548; descente de l'utérus, changement des rapports que subissent les parties déplacées, 561; renversement de l'utérus, 590; rétroflexion de l'utérus, 513; rétroflexion en dehors de l'état de grossesse, 516; utérus en rétroflexion et rétroversion par suite d'adhérences entre l'utérus et ses annexes d'une part, et le rectum de l'autre, 517; rétroversion de l'utérus, 513; rétroversion de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse, 515, 517; utérus en rétroflexion et en rétroversion par suite d'adhérences entre l'utérus et ses annexes d'une part et le rectum de l'autre, 517; rhumatisme de l'utérus, 349, 788; rupture de l'utérus, 6; après l'accouchement, 947; pendant la grossesse, 949; pendant le travail, 950; tubercules de l'utérus, 492; tumeurs fibreuses de l'utérus, 386; tympanite utérine, 354; ulcère rongeant de l'utérus, 485.

V

VAGIN. Considérations générales, 3; absence du vagin, 124; cloisonnement du vagin, 131; anomalies qui peuvent se présenter quant au vagin pendant la convalescence de l'accouchement, 910; écoulement de

liquide aqueux par le vagin pendant la grossesse, 777; épithélium du vagin (Beale), 771 ; éruptions du vagin, 3 ; imperforations accidentelles de l'hymen, 113; imperforation du vagin, 115 ; inflammation du vagin, 3 ; après l'accouchement, 945 ; fistules vésico-vaginales, 967 ; occlusion du vagin, 105; persistance de l'hymen, 105 ;imperforation congénitale de l'hymen, 107 ; occlusion accidentelle du vagin, 135 ; absence du vagin 124 ; kyste du vagin, 738 ; polypes du vagin, 163 ; prolapsus de la paroi antérieure du vagin et de la vessie,167; prolapsus de la paroi postérieur du vagin, 171 ; prolapsus de la paroi postérieure du vagin et du rectum, 171 ; prolapsus du vagin, soit complet, soit partiel sans déplacement de la vessie ou du rectum, 173 ; rétrécissement du vagin, 132 ; trichomonas du vagin d'après Donné, 155 ; tumeurs enkystées du vagin, 62 ; vices de conformation du vagin, 3 ; état du vagin après l'accouchement, 899 ; réflecteur pour éclairer le vagin, 23, 24 ; du toucher vaginal comme moyen de diagnostic. 14.

VAGINISME, 145.

VAGINITE. Vaginite aiguë, 151 ; vaginite chronique, 157.

VAISSEAUX LYMPHATIQUES. Inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus à la suite de l'accouchement, 1099.

VAISSEAUX SANGUINS. Modification des vaisseaux sanguins de l'utérus à la suite de l'accouchement, 748.

VALÉRIANE. Efficacité de la teinture volatile contre le mal de dents, 809.

VALVE de Jobert, 985.

VARICES des lèvres, 1, 731 ; varices pendant la grossesse, 880.

VEINES. Inflammation des veines de l'utérus après l'accouchement, 1099.

VENTOUSES. Emploi des ventouses scarifiées dans les affections utérines, 35.

VERS. Cause de prurit vulvaire, 66; cause d'inflammation de la vulve, 78.

VÉSICATOIRES. Leur emploi dans les affections des organes génitaux, 41 ; contre le mal de dents pendant la grossesse, 809.

VESSIE. État de la vessie après l'accouchement, 914; fistules vésico-vaginales; voy. *fistules;* irritabilité de la vessie, 96; irritabilité de la vessie par suite d'affections utérines, 722; prolapsus vésical, 167.

VIBRIONS signalés dans la vaginite et appartenant au genre Leptotrix, 155.

VOMISSEMENTS pendant la grossesse, 815.

VULVE. Cancer de la vulve, 102; déchirure de la vulve après l'accouchement, 1034; étroitesse et rigidité de la vulve, causes prédisposantes des déchirures du périnée,1031 ; folliculite vulvaire, 80; inflammation de la muqueuse, de la vulve, 68; inflammation de la vulve chez les adultes, 77; inflammation de la vulve chez les enfants, 69; lipomes de la vulve, 59 ; prurit de la vulve, 62; concomitance du prurit de la vulve et de l'inflammation du col de l'utérus, 322; tumeurs fibro-cellulaires de la vulve, 59 ; tumeurs verruqueuses de la vulve, 56 ; ulcère rongeant de la vulve, 99.

VULVITE, 68, 77 ; vulvite épidémique gangréneuse chez les femmes en couches, 81.

Y

YEUX. Menstruation par les yeux, 234; cercle noir autour des yeux dans certains désordres de la menstruation, 722; affections nerveuses des yeux pendant la grossesse, 863.

CORBEIL. — TYP. ET STÉR DE CRÉTÉ FILS.

ERRATA

—

Page 68, ligne 15, *au lieu de :* nitrate d'argent 1, eau 150, *lisez :* nitrate d'argent, 1,20; eau distillée, 56.

Page 99, ligne 10, *au lieu de :* Ruspin, *lisez :* Ruspini.

Page 246, ligne 4, *au lieu de :* éther sulfurique, *lisez :* esprit d'éther sulfurique composé.

— ligne 5, *après :* trois fois par jour, *ajoutez :* de 1,80 à 3,60.

Page 277, ligne 23, *au lieu de :* 8 grammes, *lisez :* 1,80.

Page 730, ligne 7, *au lieu de :* et de quinquina, *lisez :* et de quinine.

Page 747, ligne 6, au lieu de : *decia reflexa*, lisez : *decidua reflexa.*